

DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA SOCIAL I DE LES  
ORGANITZACIONS

EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO  
(BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: UN  
ESTUDIO LONGITUDINAL

ESTER GRAU ALBEROLA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
Servei de Publicacions  
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 12 de maig de 2008 davant un tribunal format per:

- D<sup>a</sup>. Rosario Zurriaga Llorens
- D. Enrique J. Garcés de Los Fayos Ruiz
- D. Bernardo Moreno Jiménez
- D. Mariano García Izquierdo
- D<sup>a</sup>. Pilar González Navarro

Va ser dirigida per:

D. Pedro R. Gil-Monte

D. Oto Luque i Aigües

©Copyright: Servei de Publicacions  
Ester Grau Alberola

---

Depòsit legal:

I.S.B.N.: 978-84-370-7247-0

Edita: Universitat de València  
Servei de Publicacions  
C/ Artes Gráficas, 13 bajo  
46010 València  
Spain  
Telèfon: 963864115

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA



# Facultat de Psicologia

TESIS DOCTORAL

Ester Grau Alberola

El síndrome de quemarse por el trabajo (BURNOUT)  
en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal

Directores  
Dr. Pedro R. Gil-Monte  
Dr. Oto Luque i Agües

Valencia, 2008

Las investigaciones para el desarrollo de este estudio han sido subvencionadas por la “Escuela Valenciana de Estudios para la Salud” (EVES) (Generalitat Valenciana) (Proyectos: 039/2001 y PI-041/2003)

## *Agradecimientos*

*Con todo mi cariño a mis padres por haberme enseñado a seguir en el camino y a perseguir mis sueños.*

*Quiero agradecer a Miguel Ángel su comprensión, su cariño y apoyo en los momentos difíciles, en los que sus palabras me han animado a continuar.*

*A Concha Gimeno por ser un faro en la tormenta, una inspiración y, por su ayuda en distintos aspectos de la elaboración de esta tesis*

*A mis yayos y a Carmen Gimeno por su apoyo incondicional.*

*A Carlos Muñoz por su colaboración desinteresada y disponibilidad en los momentos finales de esta tesis.*

*A mi director Dr. Pedro R. Gil-Monte por haber confiado en mí, por su dedicación y asistencia a lo largo de estos años.*

*A mi director Dr. Oto Luque i Agües por sus orientaciones y estímulo para realizar este trabajo.*

*Gracias a todos por la ayuda y apoyo que he recibido.*

*Para Jorge, mi hijo*

Tu destino está en los demás  
Tu futuro es tu propia vida  
Tu dignidad la de todos

Entonces siempre acuérdate  
De lo que un día yo escribí  
Pensando en tí  
Como ahora pienso

Nunca te entregues ni te apartes  
Junto al camino nunca digas  
No puedo más y aquí me quedo.

Tú vida es bella, ya verás  
Cómo a pesar de los pesares  
Tendrás amor, tendrás amigos

(Fragmento de *Palabras para Julia*,  
José Agustín Goytisolo)

## INDICE

	<i><b>Págs.</b></i>
Índice general	5
Índice de figuras	9
Índice de tablas	11
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b> Justificación social del estudio	<b>16</b>
<b>1.2</b> El estrés laboral	<b>24</b>
<b>1.3</b> El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)	<b>28</b>
1.3.1 Delimitación conceptual del SQT (Burnout)	28
1.3.2 Desarrollo del SQT	35
1.3.3 Aproximaciones teóricas y modelos sobre el SQT	41
1.3.4 Evaluación psicométrica del SQT y validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI)	49
<b>1.4</b> El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería	<b>66</b>
1.4.1 Condiciones de trabajo y estrés laboral de los profesionales de enfermería	68
1.4.2 Estudio de prevalencia e incidencia del SQT en profesionales de enfermería	83
<b>1.5</b> Procesos psicosociales y síndrome de quemarse por el trabajo	<b>91</b>
1.5.1 Procesos Intrapersonales: Autoeficacia	91

	<i><b>Págs.</b></i>
<b>1.5.2</b> Procesos Interpersonales	104
1.5.2.1 Motivación para la ayuda	104
1.5.2.2 Apoyo social percibido	117
1.5.2.3 Percepción de inequidad	130
1.5.2.4 Conflictos interpersonales	137
<b>1.5.3</b> Procesos derivados de la organización	147
1.5.3.1 Sobrecarga laboral	147
1.5.3.2 Disfunciones de rol: conflicto y ambigüedad de rol	157
<b>1.6</b> Consecuencias del SQT	167
1.6.1 Satisfacción laboral	167
1.6.2 Problemas de salud	177
1.6.3 Absentismo laboral	188
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>200</b>
<b>2.1</b> Objetivos del estudio	201
<b>2.2</b> Hipótesis del estudio	202
<b>3. MÉTODO</b>	<b>215</b>
<b>3.1</b> Diseño	216
<b>3.2</b> Descripción de la muestra	217
<b>3.3</b> Operacionalización de las variables (anexo I)	228
<b>3.4</b> Procedimiento	238

	<b><i>Págs.</i></b>
<b>4. RESULTADOS</b>	244
<b>4.1</b> Análisis de variables sociodemográficas de la muestra	245
<b>4.2</b> Análisis descriptivo de las variables de estudio	254
<b>4.3</b> Objetivo I: análisis factorial del MBI	257
<b>4.4</b> Objetivo II: análisis de prevalencia e incidencia del SQT	270
1. <i>Análisis de prevalencia e incidencia considerando los percentiles propuestos por Maslach y Jackson (1986)</i>	273
2. <i>Análisis de prevalencia e incidencia considerando los percentiles propuestos por Gil-Monte y Peiró (2000)</i>	276
3. <i>Análisis de prevalencia e incidencia considerando los percentiles propuestos por Schaufeli y Van Dierendonck (1995)</i>	280
<b>4.5</b> Objetivo III: Análisis de correlaciones del estudio	290
<b>4.6</b> Análisis de regresión longitudinales	300

	<i>Págs.</i>
<b>5. DISCUSIÓN</b>	335
5.1 Discusión en relación al Objetivo I del estudio	336
5.2 Discusión en relación al Objetivo II del estudio	349
5.3 Discusión en relación al Objetivo III del estudio	357
<b>6. CONCLUSIONES</b>	392
6.1 Conclusiones en relación al Objetivo I del estudio	393
6.2 Conclusiones en relación al Objetivo II del estudio	394
6.3 Conclusiones en relación al Objetivo III del estudio	397
6.4 Limitaciones del estudio	403
6.5 Implicaciones teóricas	408
6.6 Implicaciones prácticas	412
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	415
<b>ANEXO:</b> Cuestionario de Calidad de Vida Laboral en Profesionales de Enfermería	467

## Índice de figuras

	<b>Págs.</b>
<b>Figura 1.</b> <i>Modelo longitudinal de SQT en profesionales de enfermería</i>	214
<b>Figura 2.</b> <i>Composición de la muestra en función del hospital</i>	220
<b>Figura 3.</b> <i>Distribución de la muestra según la variable sexo</i>	221
<b>Figura 4.</b> <i>Distribución de la muestra según el estado civil</i>	222
<b>Figura 5.</b> <i>Composición de la muestra según la edad de los participantes</i>	223
<b>Figura 6.</b> <i>Composición de la muestra según la antigüedad en la profesión</i>	224
<b>Figura 7.</b> <i>Composición de la muestra según la antigüedad en la organización de los participantes</i>	225
<b>Figura 8.</b> <i>Composición de la muestra según la antigüedad en el puesto</i>	226
<b>Figura 9.</b> <i>Distribución de la muestra según la variable tipo de contrato</i>	227
<b>Figura 10.</b> <i>Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable sexo</i>	248
<b>Figura 11.</b> <i>Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable estado civil</i>	249
<b>Figura 12.</b> <i>Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable número de hijos</i>	250
<b>Figura 13.</b> <i>Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable número de hijos dependientes</i>	251
<b>Figura 14.</b> <i>Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable tipo de contrato</i>	252

	<b>Págs.</b>
<b>Figura 15.</b> <i>Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable hospital de referencia</i>	253
<b>Figura 16.</b> <i>Modelo factorial del MBI-HSS</i>	269
<b>Figura 17.</b> <i>Gráfico comparativo del número de participantes de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de agotamiento emocional</i>	284
<b>Figura 18.</b> <i>Gráfico comparativo del porcentaje de participantes de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de agotamiento emocional</i>	285
<b>Figura 19.</b> <i>Gráfico comparativo del número de sujetos de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de despersonalización</i>	286
<b>Figura 20.</b> <i>Gráfico comparativo del porcentaje de sujetos de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de despersonalización</i>	287
<b>Figura 21.</b> <i>Gráfico comparativo del número de sujetos de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de realización personal en el trabajo</i>	288
<b>Figura 22.</b> <i>Gráfico comparativo de los valores en porcentajes los niveles de realización personal en el trabajo</i>	289

## Índice de tablas

	<b>Págs.</b>
<b>Tabla 1.</b> <i>Número y porcentaje de sujetos por hospitales de la Comunidad Valenciana que participaron en el estudio</i>	219
<b>Tabla 2.</b> <i>Características demográficas</i>	247
<b>Tabla 3.</b> <i>Estadísticos descriptivos y valores de fiabilidad de las escalas del estudio en T1 y T2</i>	254- 255
<b>Tabla 4.</b> <i>Estadísticos descriptivos y correlaciones para las dimensiones del MBI-HSS</i>	260
<b>Tabla 5.</b> <i>Índices de ajuste global para los modelos evaluados mediante WLS (n = 316).</i>	264
<b>Tabla 6.</b> <i>Estructura Factorial del MBI-HSS en una muestra de profesoinales de enfermería: índices de modificación (N= 316)</i>	268
<b>Tabla 7.</b> <i>Comparación de puntuaciones: puntos de corte, medias, desviaciones típicas</i>	272
<b>Tabla 8.</b> <i>Distribución de la muestra en las categorías de las variables del MBI en función del Manual Maslach y Jackson 1986)</i>	274
<b>Tabla 9.</b> <i>Distribución de la muestra en los niveles de las variables del MBI en función de criterios de Gil-Monte y Peiró (2000)</i>	279
<b>Tabla 10.</b> <i>Distribución de la muestra en los niveles de las variables del MBI en función de criterios Schaufeli y Van Dierendonck (1995).</i>	281
<b>Tabla 11.</b> <i>Matriz de correlaciones para las variables del estudio en T1 y en T2</i>	298
<b>Tabla 12.</b> <i>Matriz de correlaciones para las variables del estudio entre T1 y T2</i>	299

	<b>Págs</b>
<b>Tabla 13.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre la Autoeficacia .y las dimensiones del MBI</i>	301
<b>Tabla 14.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre la Motivación para la ayuda y las dimensiones del MBI</i>	302
<b>Tabla 15.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre el Apoyo social y las dimensiones del MBI</i>	304
<b>Tabla 16.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre el Percepción de inequidad y las dimensiones del MBI</i>	305
<b>Tabla 17.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Conflictos interpersonales y las dimensiones del MBI</i>	307
<b>Tabla 18.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Sobrecarga laboral y las dimensiones del MBI</i>	308
<b>Tabla 19.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Conflicto de rol y las dimensiones del MBI</i>	309
<b>Tabla 20.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Ambigüedad de rol (Claridad de rol) y las dimensiones del MBI</i>	310

	<i>Págs</i>
<b>Tabla 21.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos entre las dimensiones del MBI</i>	311
<b>Tabla 22.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable satisfacción laboral</i>	313
<b>Tabla 23.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable Problemas de salud</i>	314
<b>Tabla 24.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable absentismo</i>	316
<b>Tabla 25.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Autoeficacia</i>	318
<b>Tabla 26.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Motivación para la ayuda</i>	319
<b>Tabla 27.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Apoyo Social percibido</i>	321
<b>Tabla 28.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Percepción de inequidad</i>	322

	<b>Págs</b>
<b>Tabla 29.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Conflictos interpersonales</i>	323
<b>Tabla 30.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Sobrecarga laboral</i>	325
<b>Tabla 31.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Conflicto de rol</i>	327
<b>Tabla 32.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Ambigüedad de rol</i>	328
<b>Tabla 33.</b> <i>Análisis de regresión jerárquica para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI</i>	329
<b>Tabla 34.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable satisfacción laboral</i>	331
<b>Tabla 35.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Problemas de salud</i>	333
<b>Tabla 36.</b> <i>Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable absentismo</i>	334

## 1. INTRODUCCIÓN





## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Justificación social del estudio**

En la sociedad occidental, la gestión y el servicio de calidad en el trabajo suponen un reto para los individuos y para las organizaciones.

En las organizaciones actuales, entendidas como grupos sociales, la calidad de los productos no sólo está relacionada con la exclusividad de los mismos sino que también con la naturaleza de las relaciones entre sus miembros (De Miguel, 2007). De modo, que dentro del constructo de calidad tienen cabida directa o indirectamente diversos conceptos relacionados, entre ellos, las condiciones de trabajo, el clima organizacional y la seguridad y, la satisfacción y el desarrollo personal.

En este contexto, las estrategias organizacionales deberían fomentar unas condiciones laborales saludables, con el fin de prevenir y proteger al trabajador de problemas, actualmente tan acuciantes, como el estrés laboral. Ya que dentro de las condiciones de trabajo, el estrés relacionado con el mismo afecta al 28 % de los trabajadores de la Unión Europea. De hecho, se encuentra en el origen de una cuarta parte de las bajas laborales que implican dos semanas o más de ausencia (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo, 2003).

En consecuencia, es necesario profundizar en el desarrollo y la investigación en materia de salud psicológica y física de los trabajadores, describiendo adecuadamente el proceso por el que se genera y mantiene el estrés laboral.

Los elevados niveles de estrés y el deterioro de la calidad de vida



laboral conlleva la evolución hacia una «economía del conocimiento» (Consejo Superior de Lisboa, 2000), que justifica la proliferación teórica de estudios y su paulatino reconocimiento jurídico (Directiva Marco de la Unión Europea, 1989/391/CEE).

La aplicación en el Derecho español de la Directiva Marco sobre Seguridad y Salud en el trabajo (D 1989/391/CEE) dio lugar a la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de Noviembre), que en la actualidad, en España, es el pilar en el que se asienta toda la normativa sobre seguridad y salud en el trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligatoriedad por parte de las empresas de adoptar las medidas pertinentes de prevención, protección y formación con el fin de eliminar o reducir los riesgos laborales y, en concreto, introduce la

preocupación por los riesgos psicosociales. Se reconoce la organización y ordenación del trabajo como susceptibles de producir riesgos laborales (artículo 4º apartado 7b), lo que ha permitido que el síndrome de quemarse por el trabajo (en adelante SQT) se considere accidente de trabajo (Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000, recurso nº 4379/1999). Pese a que el estrés laboral constituye una importante causa de riesgo laboral, la legislación no se refiere a esta patología de forma expresa, atribuyéndose habitualmente a causas externas al ámbito del trabajo

Recientemente, en el informe sobre la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012) se establece el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales a corto, medio y largo plazo (2007). En el mismo documento se señala que el diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo



debe integrar todo el conjunto de riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores como consecuencia del ejercicio de su actividad dentro y fuera de los centros de trabajo, con especial atención a los denominados riesgos emergentes, los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo.

Así, con la promoción de la cultura preventiva, desde el marco gubernamental se avanza en la concienciación y educación social necesaria para garantizar la calidad de vida laboral.

A pesar del progreso constatado, no existe aún en Europa, un respaldo legislativo completo que garantice la adaptación de los puestos de trabajo a la normativa en materia de seguridad y protección laboral.

Paralelamente, con el fin de dar respuesta a los interrogantes sociales, el SQT (Burnout) se ha convertido en uno de los

principales fenómenos de estudio de la psicología. El grueso de la investigación realizada sobre el SQT se refiere a las profesiones de ayuda o del sector servicios, ya que la incidencia del SQT en estas profesiones asistenciales y sociales es mayor que en otras (Gil-Monte, 2005).

El SQT se vincula al concepto de estrés laboral y estrés ocupacional, como una respuesta única que se produce en el curso de las interacciones interpersonales dentro de las organizaciones (Maslach, 2001). Un prolongado estrés ocupacional puede dar lugar al SQT en profesiones en las que se mantiene una relación de ayuda constante y directa, basada en un contacto interpersonal intenso con los beneficiarios del servicio (López, Martín, Fuentes, García, Ortega, Cortes *et al.*, 2000). Entre estas profesiones, como veremos más adelante, la sanitaria como profesión de ayuda, muestra altos



niveles de estrés, siendo propensa a desarrollar el SQT (Weinberg y Creed, 2000).

Basándonos en el trasfondo teórico de la teoría social cognitiva y de la motivación para la ayuda, estudiaremos como, la influencia de los procesos afectivos y cognitivos sobre las actitudes y las conductas, es decisiva en el desarrollo del SQT, en el ámbito hospitalario, en concreto en profesionales de enfermería.

Este trabajo se ha articulado en seis partes: en la primera, se aborda en primer lugar, las principales aportaciones teóricas, desde los modelos de interacción social, al estudio del estrés y en concreto del SQT, analizando su influencia en las características de la profesión de enfermería.

En segundo lugar, se analiza la evaluación psicométrica del SQT a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y

Jackson, 1986) y, la validez psicométrica del instrumento.

En tercer lugar, se realiza un estudio de la prevalencia del SQT en los profesionales de enfermería.

En la segunda parte de este trabajo, se establece el planteamiento de estudio con la descripción de los objetivos e hipótesis.

En la tercera parte, se presenta el método empleado, describiendo la muestra, procedimiento de recogida de datos y diseño del estudio.

En la cuarta parte, se presentan los resultados obtenidos, finalizando con una discusión y por último, se aportan las principales conclusiones del presente estudio y se apuntan sugerencias respecto a la línea a seguir en futuras investigaciones.

Valencia, septiembre 2007



## 1.2 El estrés laboral

Las organizaciones participan tanto en el diseño y la configuración del entorno laboral como en la prevención del estrés ocupacional, de forma que el ambiente laboral puede resultar una fuente de estrés por factores ligados a las condiciones físicas y demandas específicas del puesto, así como por factores asociados a variables organizacionales e interpersonales (López *et al.*, 2000; Ramos, Montalbán y Bravo, 1997).

El interés por los efectos del estrés, tanto sobre el individuo como sobre la organización, ha dado lugar a la elaboración de diferentes modelos teóricos que explican su origen y proceso y lo definen desde sus propias perspectivas. Los diferentes modelos coinciden en señalar que la exposición a situaciones estresantes provoca una respuesta del organismo a nivel fisiológico, cognitivo

y motor. Estas respuestas adaptativas favorecen la percepción de la situación y la selección de conductas adecuadas para responder a las demandas ambientales aunque, su prolongación en el tiempo, puede ocasionar efectos nocivos sobre el organismo.

Por concretar, los modelos transaccionales o modelos cognitivos de afrontamiento de estrés, defienden que el desarrollo del SQT puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto intenta adaptarse a su entorno laboral. Este proceso se desencadena por los factores ambientales, mientras que las variables de personalidad cumplen una función facilitadora o inhibidora del mismo. La percepción que el sujeto tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades, y las estrategias de afrontamiento empleadas, determinaran el grado de SQT.



Así, el estrés laboral queda definido como una respuesta a las demandas percibidas (McVicar, 2003) y se entiende como el conjunto de reacciones individuales a las características del trabajo que resultan amenazantes emocional y físicamente.

En general, cuanto mayor sea el desequilibrio, provocado por el desajuste entre las demandas requeridas por el puesto y las capacidades individuales para hacerles frente, mayor será la experiencia de estrés (Jamal, 2005). En esta línea, el modelo de demandas-control (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001) ha recibido apoyo empírico en diversos estudios (Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli y Schreurs, 2003; Llorens, Salanova, Schaufeli y Bakker, 2004).

El modelo plantea que existen dos procesos en relación a la conducta con el trabajo. El primer proceso, derivado de las altas

demandas del puesto, requiere la movilización de energía para adoptar estrategias de afrontamiento eficaces, que sin embargo con el tiempo pueden conducir hacia el agotamiento. El segundo proceso, se describe como un proceso motivacional que surge de una motivación interna y que conlleva el crecimiento personal o de una gratificación externa, como alcanzar los ideales antepuestos sobre el trabajo. En este modelo, el SQT actúa como un mediador entre las demandas y las consecuencias negativas en el trabajo, mientras que la variable compromiso media entre los recursos y las consecuencias positivas (Demerouti *et al.*, 2001).

Resumiendo, en el estudio del estrés se parte de la realidad hacia la teoría, de una necesidad social a una explicación teórica del fenómeno.



### **1.3 El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)**

#### **1.3.1 Delimitación conceptual del SQT (Burnout)**

En el estudio del SQT se han producido dos periodos bien diferenciados. Uno principalmente exploratorio y de formulación teórica y, el segundo de consolidación y verificación empírica (Maslach y Schaufeli, 1993).

En un primer momento, desde una perspectiva clínica e individual, el interés se centró en la relación entre los síntomas del SQT y la salud mental, ya que suponía un estado de fatiga o frustración producido por la implicación en una causa, estilo de vida o relación interpersonal que no conllevaba la recompensa esperada (Freudenberger y Richelson, 1980) .

Paralelamente, desde la perspectiva social se hizo hincapié en las relaciones interpersonales entre la persona que prestaba la

28

ayuda y quien la recibía, siendo los estudios en su mayoría, cualitativos y descriptivos.

El planteamiento inicial sienta sus bases en estos estudios empíricos y exploratorios, de los cuales surge la concepción del SQT como un síndrome que se desarrolla siguiendo un orden secuencial en el que se suceden los factores *afectivos* (agotamiento emocional) *cognitivo-aptitudinales* (realización personal) y *actitudinales* (despersonalización). El SQT se caracteriza por síntomas de apatía y no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo (agotamiento emocional), desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo (despersonalización) y, tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo



y, para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden (baja realización personal en el trabajo) (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Aunque, principalmente se ha estudiado en las profesiones de servicios dedicadas al apoyo y cuidado de otras personas, también se ha aplicado en otros colectivos, presentando una estructura factorial consistente entre las diferentes profesiones (Maslach *et al.*, 2001; Boles, Dean, Ricks, Short y Wang, 2000).

Pese al prolijo bagaje de terminología que nos encontramos en la literatura, hasta 17 denominaciones diferentes del SQT (Gil-Monte, 2005), podemos consensuar que el estrés ocupacional engloba al SQT, como una respuesta prolongada en el tiempo, que se produce al fallar las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto. El SQT se define como un

síndrome psicológico que se desarrolla en respuesta a estresores crónicos de carácter interpersonal en el trabajo (Maslach, 2001).

Las diferentes definiciones del SQT tienen en común algunos elementos como : (1) la predominancia de los síntomas de fatiga como el agotamiento emocional o mental, el cansancio y la depresión, (2) algunos síntomas atípicos debidos al distrés físico, (3) los síntomas del SQT están relacionados con el trabajo, (4) se manifiestan en personas “normales” sin una patología previa y (5) se produce una disminución de la efectividad y de los resultados de rendimiento en el trabajo por las actitudes y conductas negativas (Schaufeli, Bakker, Hoogduim, Schaap y Kladler, 2001).

En el contexto actual, el SQT se entiende como una forma de acoso psicosocial en el trabajo, ya que el trabajador percibe una sensación de desbordamiento e impotencia relacionada con su



entorno laboral (Gil-Monte, 2005). La presión que percibe el trabajador se traduce en actitudes de despersonalización y de desprecio hacia los clientes, pudiendo desarrollar sentimientos de culpa y de fracaso profesional. La respuesta desarrollada frente al estrés laboral repercute negativamente sobre las actitudes y conductas de los profesionales de forma que en la línea que estamos siguiendo, al darse una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales en el trabajo, se produce un proceso de creciente desilusión caracterizado por la pérdida progresiva de idealismo, energía y propósitos, experimentada por las personas en las profesiones de ayuda como consecuencia de las condiciones de trabajo (Edelwich y Brodsky ,1980).

Recientemente, se ha incluido empíricamente el concepto de compromiso con el trabajo en la investigación sobre el SQT,

adquiriendo una entidad propia (Maslach *et al.*, 2001). En principio, el compromiso con el trabajo refleja lo opuesto al SQT (González-Romá, Schaufeli, Bakker y Lloret, 2006), puesto que se refiere a un estado mental positivo de cumplimiento con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Mientras que el SQT se ha descrito como un síndrome que se caracteriza por agotamiento emocional y falta de compromiso con el trabajo (Demerouti *et al.*, 2001).

Actualmente, el SQT está más claramente definido que en sus inicios, aunque aún hoy como veremos más adelante existe cierta controversia acerca de la naturaleza de sus componentes y de la relación entre ellos.



En resumen, el SQT es una de las diferentes respuestas que pueden aparecer en situaciones de estrés laboral crónico, y por lo tanto, una de las posibles formas de desarrollo del estrés laboral pero no la única.

Así, paralelamente a la descripción y delimitación conceptual del SQT, desde la psicología organizacional, se desarrolla un marco teórico y metodológico para dar cuerpo a los estudios empíricos, para comprender el proceso de generación del SQT y diseñar los programas de prevención e intervención. Sin embargo, las investigaciones sobre el SQT se han centrado en estudiar las relaciones entre las variables contextuales del trabajo y las variables disposicionales como el bienestar en el trabajo, pero aun existen pocos estudios que tengan en cuenta la interacción entre ellas (Hallberg, Johansson y Schaufeli, 2007).

### **1.3.2 Desarrollo del SQT**

El proceso de generación del SQT desde el marco psicosocial, se ha estudiado tradicionalmente a través del orden secuencial de aparición de las dimensiones del MBI; diferenciándose en función del modelo teórico de referencia.

En primer lugar, la perspectiva de Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que el proceso de desarrollo del SQT se inicia con actitudes de despersonalización, posteriormente se desarrollaría los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional. Los autores plantean una progresión secuencial diferente a través del tiempo en la que la aparición de un factor provoca el surgimiento de otro. La despersonalización sería necesaria para disminuir los sentimientos de baja eficacia y el agotamiento emocional. Esta metodología procesal ha sido



empleada para estudiar muestras de policías, profesores, y profesiones del sector público y privado (Cordes y Dougherty, 1993).

En segundo lugar, Leiter (1993) considera que se inicia el proceso con el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional seguido de actitudes de despersonalización y por último, quedarían mermados los sentimientos de realización personal. En esta línea, los modelos estructurales no lineales muestran relaciones significativas entre agotamiento emocional y despersonalización, planteándose la independencia de la variable realización personal (Posig y Kickul, 2003).

En tercer lugar, desde el marco de los modelos interaccionistas se defiende que la baja realización en el trabajo y el agotamiento emocional describen propiamente el SQT, mientras

que la despersonalización se entiende mejor como una estrategia de afrontamiento (Lee y Ashforth, 1990 y Cox, Kuk y Leiter, 1993).

Por último, siguiendo la línea de los modelos cognitivos de estrés, Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1998) señalan que el SQT progresaría paralelamente desde los niveles de agotamiento emocional y de baja realización en el trabajo hacia actitudes de despersonalización. Desde esta línea de estudio, se considera el SQT como una respuesta al estrés laboral que ocurre una vez que las estrategias de afrontamiento han fallado, de forma que la baja realización personal y el alto agotamiento emocional desencadenan actitudes de despersonalización. Así, para los autores, la modificación de cogniciones y emociones (realización personal en el trabajo y agotamiento emocional) modificará las actitudes de



despersonalización que los profesionales desarrollan hacia los pacientes.

En base a la revisión de la literatura, se perfilan las siguientes conclusiones.

En primer lugar, el factor agotamiento emocional es el componente más estudiado y aceptado en la descripción del SQT, tanto es así que algunos autores plantean que podría aislarse como factor único (Shirom, 1989), aunque otros argumentan que es un factor necesario, pero no suficiente para describir el fenómeno en todas sus dimensiones (Maslach *et al.*, 2001).

En segundo lugar, parece existir un efecto causal directo significativo desde el agotamiento emocional hacia las actitudes de despersonalización que se refleja en diversos estudios de forma similar (Brouwers, Evers y Tomic, 2001).

En un principio, Maslach (1982) planteó que el agotamiento emocional aparecía en primer lugar, como consecuencia de un proceso crónico de demandas laborales que minaba los recursos emocionales de la persona. Algunos estudios recientes han encontrado también que el agotamiento emocional adoptaría un papel modulador entre algunos estresores laborales y las consecuencias a nivel de salud (Leiter, 2005).

Probablemente, en este contexto, las actitudes de despersonalización tienen un componente emocional y actúan como estrategia defensiva (Lee y Ashforth, 1996) frente a la frustración y la culpabilidad generada por unas expectativas iniciales no alcanzadas.

Por último, la relación de la baja realización personal con los otros factores es más compleja. Estudios recientes defienden



que el SQT se desarrollaría a partir de la baja eficacia profesional, considerándolo como una crisis de autoeficacia, que sería el punto de partida del SQT (Salanova, Llorens, Cifre, Martínez y Schaufeli, 2003; VanDierendonck, Schaufeli y Buunk, 2001).

Otros estudios han planteado que la ineficacia se desarrollaría en paralelo con los otros dos factores, más que secuencialmente (Taris, Leblanc, Schaufeli y Schreurs, 2005).

Finalmente, se ha puesto en cuestión la naturaleza misma de la eficacia profesional como la tercera dimensión del SQT, ya que cuando se evalúa el SQT mediante el MBI, las puntuaciones de este factor deben invertirse para obtener los resultados como baja eficacia profesional. Se ha comprobado que las correlaciones positivas de ineficacia con agotamiento y cinismo eran mayores que las correlaciones con eficacia invertida (Bresó, Salanova y

Schaufeli, 2007). En esta línea, la eficacia profesional (realización personal en el trabajo) se relaciona con un concepto positivo como es el compromiso organizacional, mientras que el agotamiento y el cinismo (despersonalización) conformarían la base del SQT (Schaufeli, Martínez, Marqués-Pinto, Salanova y Bakker, 2002).

### **1.3.3 Aproximaciones teóricas y modelos sobre el SQT**

Los teorías que abordan el SQT cubren ampliamente la totalidad de planteamientos en el campo de la psicología, desde la teoría psicoanalítica (Fischer, 1983; Freudenberger, 1974), la teoría de Jung (Garden, 1987, 1995), la teoría sociocognitiva del yo (Bandura, 1986, 1997), las teorías del intercambio social (Schaufeli, VanDierendonck y Van Gorp, 1996; VanYperen, Buunk y Schaufeli, 1992) y las distintas teorías organizacionales



(Golembiewsky y Munzenrider, 1988; Cox *et al.*, 1993).

De esta forma, se ofrece un marco de entendimiento compartido desde el cual poder explicar del SQT, lo que ha dado lugar a la aparición de distintos modelos teóricos que recogen las variables implicadas en la etiología y en el desarrollo del síndrome.

Los modelos psicosociales que abordan el SQT se pueden clasificar en tres grupos (Gil-Monte y Peiró, 1999 a). En primer lugar, desde el marco de la teoría sociocognitiva del yo, los modelos enfatizan las variables relacionadas con el *self* (autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto). Partiendo de la teoría inicial de Bandura (1986), los autores resaltan la influencia en el proceso de SQT de la autoeficacia percibida (Cherniss, 1993; Pines, 1993), la autoconfianza profesional (Thompson, Page y Cooper, 1993) y la competencia social (Harrison, 1983).

Los principales planteamientos de la teoría sociocognitiva del yo coinciden en considerar las cogniciones y creencias de la persona como el eje de funcionamiento vital. Así, las cogniciones influyen en el pensamiento y en la acción, y a su vez, son modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. Además, la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que la persona pondrá en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para alcanzar su objetivo y las reacciones emocionales derivadas de la acción.

Uno de los modelos más representativos de este grupo, es el modelo de Competencia Social de Harrison (1983) que plantea un proceso circular a caballo entre las teorías personales y las sociales. La motivación para la ayuda y las expectativas de autoeficacia



están relacionadas, destacando la influencia de factores de ayuda y factores barrera en el proceso de desarrollo del SQT. Entre los primeros destaca el apoyo social, el *feedback* recibido, la autonomía y la disponibilidad de recursos. Los factores barrera considerados son: la ambigüedad, los conflictos, la sobrecarga laboral y la cultura despersonalizadora de la organización.

El modelo es aplicable sobre todo en los sujetos que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones en las que se requiere algo más que la motivación. El nivel de altruismo inicial de estos profesionales y el significado vital otorgado al trabajo determinarán el nivel de frustración posterior. El SQT se desarrollará con mayor frecuencia entre las personas con una alta motivación para la ayuda y, con un bajo sentimiento de

confianza en sus capacidades (sentido de competencia), agravado por la influencia de las barreras laborales.

Un segundo grupo, engloba los modelos basados en las teorías del intercambio social (Modelo de Schaufeli, *et al.*, 1996; VanYperen *et al.*, 1992) y recoge la teoría de la comparación social (Modelo de Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994), la teoría de la equidad (Modelo de Van Dierendonck, Schaufeli y Sixma, 1994) y la teoría de la conservación de recursos (Modelo de Hobfoll y Freedy, 1993), que plantean que la causa del SQT se encuentra principalmente en la percepción de inequidad o falta de ganancia que desarrollan las personas como resultado del proceso de comparación social en las relaciones interpersonales.

El eje principal de la Teoría de la Equidad es la distribución de riqueza y poder dentro de un grupo social, y la percepción de los



individuos del reparto de recursos (Adams, 1965; Walster, Walster y Berscheid, 1978).

La inequidad se produce siempre que en el proceso de comparación con los otros, se percibe un desequilibrio entre las propias inversiones (ganancias, recompensas, prestaciones) y el producto del trabajo. La percepción de equidad (justicia), influye en la motivación para la acción, de manera que la persona reacciona para reestablecer el equilibrio perdido.

Un tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Cada uno de ellos da relevancia a unas determinadas variables implicadas en el desarrollo del SQT. En primer lugar, el modelo de Golembiewsky y Munzenrider, (1988) enfatizan las disfunciones de rol resaltando la importancia de variables como la sobrecarga y la pobreza de rol. En segundo lugar,

el modelo de Cox *et al.* (1993) prima la importancia de la salud en la organización y por último, el modelo de Winnbust (1993) resalta la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Recientemente, Leiter y Maslach (2005) desarrollan el modelo de mediación del SQT, proponiendo un proceso a través del cual, las experiencias en el trabajo afectan a las relaciones psicológicas con el mismo y terminan repercutiendo sobre el compromiso organizacional. El modelo propone que existiría un continuo desde el SQT (agotamiento, cinismo e ineficacia) al compromiso organizacional (energía personal, implicación y eficacia) y, este continuo actuaría como mediador entre los estresores (sobrecarga laboral, control, recompensas, comunidad, injusticia y valores) y las consecuencias conductuales. Desde esta perspectiva, las condiciones ambientales no tendrían un impacto directo sobre las



consecuencias, sino que este proceso vendría mediado por las respuestas particulares de los empleados en términos de SQT vs compromiso organizacional.

Tras la revisión de la literatura sobre estrés laboral y SQT, vemos que existe un abanico de modelos que intentan explicar el fenómeno desde una perspectiva propia. La investigación sobre el SQT ha evolucionado desde los estudios correlacionales a los modelos estructurales pero, aún hoy en día, queda por dilucidar desde un marco integrador qué variables desencadenan el SQT, en qué contexto se desarrolla, como se produce el desarrollo del SQT y en qué orden y como afecta a las personas y a las organizaciones.

La investigación adolece de marcos integradores, cada modelo, de forma individual, ha considerado el contexto y el clima organizacional, las variables personales como la autoeficacia, las

relaciones interpersonales y la mediación cognitiva del sujeto en la evaluación de los distintos estresores. Además, sería necesario desarrollar estudios longitudinales que confirmen la relación entre las diferentes variables y el SQT y entre las propias dimensiones de este.

#### **1.3.4 Evaluación psicométrica del SQT y validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI)**

En este apartado se realiza una revisión del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986), basada en estudios empíricos que defienden y apoyan el cuestionario así como de las investigaciones que muestran sus debilidades.

La primera fase de estudio del SQT, se desarrolla en los años 70, los trabajos al respecto son principalmente exploratorios y



descriptivos, centrándose en la comprensión del SQT como fenómeno. En los años 80, comienza la investigación propiamente empírica con metodología cuantitativa y utilizando poblaciones más extensas de sujetos. Se desarrollan diferentes medidas para comprender el SQT, pero la más utilizada es el MBI. Originalmente, este cuestionario se diseñó para utilizarlo en el sector servicios, posteriormente se amplió a la enseñanza y, finalmente, en los años 90, se extendió su uso a otras profesiones (clero, tecnología informática, militares, ejecutivos).

El SQT se define así con una estructura factorial en tres factores ortogonales para evaluar la frecuencia con la que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems), y despersonalización (5 ítems).

Aunque originalmente el MBI, en su versión de 1981, estaba formado por cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “Implicación con el trabajo”, ésta se elimina en la nueva versión de 1986. En la primera versión, el cuestionario contenía 47 ítems con dos formatos de respuesta, frecuencia e intensidad. Finalmente, siguiendo el criterio de mantener los ítems con un peso factorial de .40, el cuestionario se reduce a 22 ítems. En la versión de 1986, se apuesta por la escala de frecuencia que presenta la correlación más alta entre ambas dimensiones de evaluación ( $r = .73$  con una media de  $r = .56$ ) y, que reproduce la estructura de evaluación de otras medidas de tipo autoinforme, de actitudes y de sentimientos.

Debido a la necesidad de ampliar el estudio del SQT a otros colectivos, en la última edición del MBI-HSS, los autores



consideran imprescindible identificar las diferentes versiones del MBI:

a) *MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey)* (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) dirigido a profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981) constituido por 22 ítems, distribuidos en 3 escalas.

b) *MBI-ES (Maslach Burnout Inventory-Educators Survey)* como versión dirigida a los profesionales de educación, (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBIHSS, y mantiene el nombre de las escalas.

c) *MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey)* dirigido más al trabajo propiamente que a las relaciones (Schaufeli,

Leiter, Maslach y Jackson, 1996). Con el MBI-GS, los componentes principales del SQT se redefinen identificando tres: agotamiento, cinismo (actitud distante ante el trabajo) y disminución de la eficacia personal, que se engloban en un aspecto emocional (agotamiento emocional y despersonalización) y en otro cognitivo-aptitudinal (realización personal).

Varios estudios confirman la estructura factorial en tres factores similares a la estructura original del manual (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal y Escobar, 2001; Richardsen y Martinussen, 2005, Gil-Monte, 2002 a) y su validez factorial (Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2002; Schutte, Toppinen, Kalimo, y Schaufeli, 2000; Taris, Schreurs, y Schaufeli, 1999).

En base a la revisión de la literatura al respecto se exponen a continuación las *principales fortalezas* del cuestionario MBI.



En primer lugar, el MBI tiene una *amplia aceptación internacional*. Tanto en España como en otros países, el MBI-HSS es el instrumento que con mayor frecuencia se ha utilizado, lo que ha permitido desarrollar estrategias de comparación de resultados a través de las distintas adaptaciones (Holanda: Schaufeli y Van Dierendock, 1995; España: Gil-Monte y Peiró, 2000; Portugal: Carlotto y Gonçalves, 2004).

En segundo lugar, los diferentes estudios factoriales de carácter exploratorio han reproducido una *estructura de tres factores* similar a la del manual para las diferentes versiones del MBI, ya sea mediante rotación ortogonal (Söderfeldt, Söderfeldt, Warg y Ohlson, 1996) o rotación oblicua (Abu-Hilal, 1995). Diversos estudios que han realizado análisis factorial confirmatorio aconsejan utilizar la estructura de tres factores (Boles *et al.*, 2000;

Bakker *et al.*, 2002; Aluja, Blanch y García, 2005; Shirom y Melamed, 2006).

En tercer lugar, los *estudios longitudinales de test-retest* muestran una *estabilidad temporal* en los resultados obtenidos en las tres escalas, particularmente agotamiento emocional es la más estable temporalmente y despersonalización (cinismo) la menos estable. Maslach *et al.* (1996) muestran valores de fiabilidad en periodos de 1 mes entre .60 y .82, los coeficientes disminuyen ligeramente al considerar un periodo superior a un año tanto en el MBI-HSS ( $.57 < r < .60$ ) como en el MBI-GS ( $.60 < r < .67$ ).

En cuarto lugar, existe suficiente evidencia de *validez convergente* del MBI. Las puntuaciones del MBI correlacionan significativamente con las reacciones de los empleados a sus clientes, las conductas en casa y el tiempo dedicado al contacto



directo con los clientes (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, 1997). La puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el Tedium Measure (TM), el Staff Burnout Scale (SBS-HP) y el Meier Burnout Assessment (MBA). Estos instrumentos explican el 25 % de la varianza del MBI (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993, Schaufeli y Enzmann, 1998).

Más del 90% de los estudios realizados sobre el SQT, utiliza el MBI como instrumento de medida (Shirom y Melamed, 2006). A pesar de la aceptación internacional del MBI como instrumento de medida del SQT y de su aceptable apoyo empírico en diversas muestras ocupacionales, surgen voces críticas a la utilización del mismo de forma exclusiva, debido fundamentalmente a sus *debilidades psicométricas y conceptuales* que se han puesto de relieve en diferentes estudios. (Kristensen,

Borritz, Villadsen, y Christensen, 2005).

En primer lugar, la definición del SQT no es el resultado del análisis teórico del fenómeno, sino que ha sido definido a partir de las múltiples *estimaciones psicométricas del MBI*.

En segundo lugar, originalmente, el SQT se ha medido con el MBI-HSS dirigido a evaluar el fenómeno en las profesiones de ayuda a personas. Maslach *et al.* (1996) con el fin de *ampliar la medida del SQT* a otros colectivos, desarrollan nuevas versiones en las que se reproduce los fundamentos teóricos de las primeras versiones, sin plantear una nueva base conceptual (Kristensen *et al.*, 2005).

Al incluir de forma paralela en sus nuevas versiones del instrumento, constructos no equiparables como despersonalización/cinismo; realización personal en el trabajo/eficacia profesional no



se hace más que aumentar la falta de claridad conceptual (Gil-Monte, 2005).

En tercer lugar, las investigaciones sobre validez discriminante son escasas (Schaufeli *et al.*, 1993), en general muestran escasas correlaciones entre SQT y satisfacción en el trabajo y deseabilidad social (Moreno-Jiménez *et al.*, 1997). Por ejemplo, diversos estudios han planteado la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre la depresión y el SQT (Brenninkmeyer, VanYperen y Buunk, 2001; Schaufeli *et al.*, 2001; Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis y Kaprinis, 2003) porque son términos conceptualmente diferentes, aunque se hayan relacionado estadísticamente de forma positiva (Brenninkmeyer *et al.*, 2001).

Unido al punto anterior, otra de las críticas emitidas se refiere a la necesidad de utilizar el MBI como un cuestionario de *diagnóstico clínico*. Sin embargo, el sistema actual sólo presenta puntos de corte en base a normas estadísticas que conllevan también, como veremos en el siguiente apartado, sesgos estadísticos.

Por otro lado, aunque la *validez convergente* de las dimensiones de agotamiento emocional y de despersonalización es aceptada, existen discrepancias en cuanto a la variable realización personal encontrándose resultados poco consistentes (Schaufeli y Enzmann, 1998).

Varios estudios han obtenido estructuras factoriales con fundamento teórico diferente a la ofrecida por el manual. El MBI puede presentar debilidades psicométricas con relación a la *validez*



*factorial* con diferentes muestras de colectivos ocupacionales (Bakker *et al.*, 2002; Grajales, 2000; Halbesleben y Buckley, 2004). Algunos de estos estudios recomiendan utilizar solo dos factores: el primero compuesto por agotamiento emocional y despersonalización y, el segundo factor, formado por realización personal en el trabajo (Halbesleben y Buckley, 2004; Kalliath, O' Driscoll, Gillespie y Bluedorn, 2000). En otros estudios, incluso aparecen cuatro (Gil-Monte y Peiró, 1999 b), cinco factores (Densten, 2001), y hasta siete factores (García, Llor y Sáez, 1994).

Esta dificultad evidencia una deficiente estructura factorial, una ambigüedad en sus dimensiones básicas y problemas en la construcción de las escalas (Bakker *et al.*, 2002; Halbesleben y Buckley, 2004).

Otra de las críticas realizadas afecta directamente a las dimensiones mismas del SQT. En primer lugar, la dimensión del agotamiento emocional se refiere sólo al componente afectivo, pero algunas investigaciones han sugerido que debería incluir otros aspectos como el cognitivo y el físico para comprender y evaluar más efectivamente el fenómeno en toda su amplitud (Halbesleben y Demerouti, 2005).

En segundo lugar, la escala de realización personal al evaluarse en positivo (realización personal en el trabajo) o de forma inversa (baja realización personal en el trabajo) afecta significativamente a diferentes parámetros estadísticos del MBI (Bouman, Brake y Hoogstraten, 2002; Bresó *et al.*, 2007). Los estudios recientes del MBI sugieren que la dimensión baja realización personal en el trabajo pudiese no ser parte del concepto



total del SQT, concluyéndose que ésta dimensión probablemente es independiente de las otras dos dimensiones del SQT. El modelo teórico de Leiter (1993) asume que el tercer componente del SQT se desarrolla independientemente del agotamiento y del cinismo. Los resultados obtenidos en el metanálisis de De Rijk, Le Blanc, Schaufeli y de Jonge (1998) confirman esta independencia del factor eficacia profesional.

En otros estudios, la variable realización personal en el trabajo se desdobló en dos dimensiones: competencia profesional autopercebida y sentido existencial del trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1999 b). Schaufeli *et al.* (2001) plantean también dudas en cuanto a la consistencia interna de la dimensión de realización personal en el trabajo. Más que una dimensión se interpreta como un rasgo de personalidad o una estrategia de afrontamiento. En comparación

con las otras dos, el agotamiento emocional y la despersonalización, no serían tan importantes en el SQT.

Otro de los problemas psicométricos del MBI tiene que ver con los valores relativamente bajos de *consistencia interna* que con cierta frecuencia se obtienen para la dimensión de despersonalización principalmente en contextos no asistenciales (Leiter y Maslach, 1988) y, debido al menor número de ítems (Moreno-Jiménez et al., 1997), encontrándose valores entre  $\alpha = .42$  y  $\alpha = .64$ . (Bouman *et al.*, 2002; Gabassi, Cervai, Rozbowsky, Semeraro y Gregori, 2002; Richardsen y Martinussen, 2005). En muestras españolas, la escala de despersonalización presenta con frecuencia valores por debajo de  $\alpha = .60$  (Ferrando y Pérez, 1996,  $\alpha = .55$  y  $\alpha = .61$ ; García *et al.*, 1994,  $\alpha = .34$ ).



Por otra parte, los ítems de la escala de despersonalización presentan valores de asimetría que exceden demasiado el criterio de normalidad ( $+/-1$ ), lo que dificulta una posible mejora y desarrollo psicométrico de la escala.

Se ha constatado que el MBI posee una cierta ambigüedad factorial en sus ítems, ya que se alcanzan cargas factoriales relevantes en más de un factor. En concreto, los ítems 2, 6, 12, 16 y 20 presentan una carga factorial en dimensiones paralelas, lo que ha llevado a Maslach *et al.* (1996) a sugerir la omisión de los ítems 12 y 16 en los estudios factoriales confirmatorios, que se resuelvan a través de modelos de ecuaciones estructurales (Densten, 2001). Estos dos ítems, ítem 12 (realización personal) e ítem 16 (agotamiento emocional) presentan problemas para asignarlos a la dimensión correspondiente (Maslach, *et al.*, 1996). El ítem 12

elaborado para medir la realización personal satura en agotamiento emocional, y los ítems 16 y 20 que teóricamente pertenecen a la escala de agotamiento emocional, saturan en despersonalización.

Además, el ítem 2 presenta multicolinealidad con el ítem 1 y por último, el ítem 6, indicador de agotamiento emocional, también ha presentado problemas de ambigüedad factorial en varios estudios pues carga factorialmente en despersonalización.

Una dificultad añadida del MBI, son las limitaciones técnicas debidas a su *composición gramatical* y, a sus múltiples e imprecisas *traducciones* provenientes en su mayoría de Norteamérica, que no tienen en cuenta la especificidad cultural, el género, y las diferencias socioeconómicas (Aluja *et al.*, 2005).

En esta línea, se ha señalado también que los enunciados se centran en emociones y sentimientos, no haciendo referencia a las



conductas emergentes una vez desencadenadas las emociones (cf.: ítems 1, 2, 3, 6, 8, 16 y 20 del MBI) (Ortega y López, 2004).

A pesar de los problemas psicométricos expuestos, el MBI presenta en general una consistencia interna de las escalas buena y su validez factorial es satisfactoria. Aunque con limitaciones, la validez convergente y divergente también son aceptables.

#### **1.4 El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería**

Actualmente, se considera que las organizaciones son sistemas contruidos socialmente, abiertos y flexibles que se basan en el establecimiento de transacciones individuales y grupales entre sus miembros. Estos intercambios se basan en un sistema de relaciones formales e informales que implica el consenso de leyes implícitas y

roles para su buen funcionamiento. La organización del sistema como tal, puede afectar a la calidad del servicio directamente, a través del diseño y manejo de procedimientos y estructuras e, indirectamente a través del impacto que la organización tiene sobre el cometido y el bienestar del personal.

El fenómeno del SQT ha sido estudiado, principalmente, en las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los clientes por considerarse colectivos ocupacionales que presentan mayor riesgo de desarrollar el SQT, debido a la implicación emocional que conlleva el cuidado de otras personas.

El trabajo emocional implica un esfuerzo regulador para gestionar y expresar dentro de la organización las emociones (Giardini, Frese y Liebig, 2006). De manera que un trabajador tiene competencia emocional en el momento en el que es capaz de tratar y



regular las propias emociones y las de los otros.

En relación con el estrés laboral, cuando no se consigue integrar las emociones establecidas por la organización, y la experiencia con la expresión emocional de la persona., pese a la energía empleada para conseguirlo, el trabajador experimenta una sensación de disonancia que puede desembocar en agotamiento (Gerits, Derksen, Venbruggen y Katzko, 2005).

#### **1.4.1 Condiciones de trabajo y estrés laboral de los profesionales de enfermería**

En los servicios de salud, el estrés asistencial se ha desarrollado como objeto de estudio, dando lugar a un amplio campo de investigación aplicada, que aborda el tema desde las variables epidemiológicas hasta la prevención y el tratamiento.

Aproximadamente el 8% de los casos de enfermedades ocupacionales dentro del sector de salud se refiere a síntomas del SQT (Sundin, Hochwalder, Bildt y Lisspers, 2006).

En concreto, la profesi3n de enfermería es una de las ocupaciones donde existe mayor incidencia del SQT (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000), debido a la continua exposici3n a situaciones difiles y a las características del puesto (sobrecarga, ambigüedad de rol, carencia de recursos, exposici3n a traumas, violencia y situaciones difiles) (Potter, 2006) y se vincula con altos niveles de absentismo y bajas laborales (Fl3rez, 2002). De hecho, el SQT correlaciona positivamente con el tiempo empleado con los pacientes, la intensidad de las demandas emocionales y la exposici3n a pacientes con peor pron3stico (Bakker y Heuven, 2006).



En general, se ha estudiado en muestras de enfermería de diferentes especialidades: enfermería general (Schmitz, Neumann y Oppermann, 2000) o de áreas especializadas como psiquiatría (Kilfedder, Power y Wells, 2001), pediatría (Maytum, Bielski, Heiman y Garwick, 2004), SIDA (Kalichman, Gueritault-Chalvin, y Demi, 2000), emergencias (Potter, 2006) y cuidados paliativos (Fillion, Tremblay, Truchon, Côté, Struthers y Dupuis, 2007), entre otras.

En España, diversos autores han investigado el SQT y el estrés ocupacional entre los profesionales de enfermería de forma general (Flórez, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1999 b) y específica, como por ejemplo en atención primaria (Torras, Bernad, Pedregosa, Bernat, Miranda, Catalá, *et al.*, 2001-2002; Román, 2003).

Sin embargo, los estudios sobre el SQT en enfermería presentan limitaciones metodológicas.

En primer lugar, la investigación sobre el SQT en enfermería, proviene fundamentalmente de estudios anglosajones: Inglaterra y Estados Unidos, Australia y Canadá en su mayoría.

En segundo lugar, los estudios descriptivos al respecto sólo refieren porcentajes bajos, medios y altos de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, y comparan los resultados con una muestra normativa, generalmente anglosajona (Kilfedder *et al.*, 2001).

Algunos estudios presentan muestras muy pequeñas por lo que es difícil sacar conclusiones generales.

Otros estudios con muestras adecuadas, no dan la tasa de respuesta o esta es muy baja, lo que pone en duda la representatividad



de la muestra. Además, algunos de los profesionales de enfermería forman parte de una muestra más amplia de profesionales o provienen de diferentes lugares.

Superando las limitaciones metodológicas, daremos una visión general de los procesos y características de la profesión relacionadas con el SQT, para ir detallando los estresores más habituales identificados en la literatura, y por último, las consecuencias del estrés ocupacional en enfermería.

Los estudios demuestran que existe la posibilidad de un proceso de contagio del SQT en los equipos de trabajo que se desencadenaría fundamentalmente a través de procesos emocionales de comparación social, de mimetización y de influencia de rol (Bakker, LeBlanc y Schaufeli, 2005). El contagio de los síntomas del SQT está vinculado al contagio de emociones, cogniciones y

actitudes y a los procesos de aprendizaje vicario de las conductas (Gil-Monte, 2005). En esta línea, Bakker, Demerouti y Euwema (2005) resaltan que los profesionales de enfermería que percibían altos niveles de SQT entre sus compañeros, eran más propensos a experimentar ellos mismos SQT.

Una de las conclusiones que se deriva del estudio es que existiría un único e independiente efecto de contagio del SQT entre los profesionales de servicios a personas demostrándose en cada uno de los componentes del síndrome. Las quejas percibidas de los compañeros son especialmente predictores de agotamiento emocional y de despersonalización. Aunque los resultados muestran que las altas demandas de trabajo y el escaso poder de decisión son importantes estresores organizacionales que influyen en el desarrollo del SQT, las conductas y actitudes de los compañeros hacia los pacientes son



antecedentes más importantes del SQT en este grupo ocupacional.

Otros estudios han mostrado empíricamente el proceso de contagio emocional y su relación con el SQT (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosweld y Van Dierendonck, 2000; Leblanc, Bakker, Peeters, Van Heesch y Schaufeli, 2001), aunque algunos estudios no encuentran apoyo a la hipótesis del contagio emocional y explican la concentración del SQT en determinados grupos de trabajo por la sobrecarga laboral excesiva en esa organización (Bakker y Schaufeli, 2000).

Sin embargo, cabe concluir que en el origen del SQT se van considerando más los aspectos emocionales relacionados con el individuo (Manassero, García-Buades, Ramis y Torrens 2003), los sentimientos de culpa generados (Gil-Monte, 2005) y el compromiso con el trabajo frente al SQT (Maslach *et al.*, 2001; Diener, Suh,

Lucas y Smith., 1999).

Uno de los procesos psicosociales más importantes que se ha identificado con la generación del SQT ha sido la motivación para la ayuda. En estos profesionales, las altas expectativas y las expectativas no reales parecen ser responsables del desarrollo del SQT, tanto si se refieren a la organización como a la relación con los clientes. Las personas que trabajan en organizaciones de servicios manifiestan antes de entrar un importante nivel de altruismo y consideran el trabajo un reto personal. Las experiencias de frustración y fracaso psicológico pueden llevar a un retiro emocional de la situación, manifestando niveles bajos de sentimientos de realización profesional y actitudes de despersonalización.



Otro de los procesos, es el apoyo social y la calidad de las relaciones interpersonales dentro del grupo del trabajo, puesto que son fundamentales para el bienestar psicológico del individuo dentro de la organización, y están positivamente relacionados con la satisfacción y negativamente con la tensión y la ansiedad.

Un tercer proceso que se ha estudiado ampliamente, ha sido la equidad. Trabajar en servicios dirigidos a personas implica aceptar el desafío de sobrellevar situaciones difíciles, como ayudar a las personas que tienen graves problemas. En la relación que se establece entre el profesional de enfermería que presta la ayuda y quien la recibe puede percibirse como no equitativa y, a largo plazo, la experiencia estresante producida por este desequilibrio puede conllevar consecuencias para la salud física, psicológica y en concreto desarrollar el SQT.

Ante la cuestión de cuales son las fuentes de estrés en el ámbito sanitario, la revisión de la literatura permite obtener una gran variedad de estresores, su número y naturaleza depende del estudio en cuestión, aunque existen intentos por agrupar el conjunto de variables consideradas.

Lambert, Lambert e Ito (2004) señalan que los artículos publicados hasta 1990, relacionan el estrés en enfermería con cinco grandes categorías: factores ambientales del trabajo, factores predictores e influyentes, tests de modelos diferentes, factores fisiológicos y actitudinales e instrumentación. Recientemente, Fillion *et al.*, (2007) agrupan las fuentes de estrés en enfermería en tres grandes categorías: profesional, emocional y organizacional.

En el estudio realizado por Payne (2001), los estresores que más contribuyen al desarrollo del SQT son los conflictos con otros



profesionales, la muerte y el proceso de morir y una preparación inadecuada. Sin embargo, la sobrecarga laboral no se relaciona con el SQT. En la línea de lo planteado por Maslach (1982), se aduce que un cierto nivel de estrés es necesario para un óptimo funcionamiento y, se concluye que los factores de interacción social más que los organizacionales son la fuente de un estrés crónico que conlleva el desarrollo del SQT.

En el estudio de McGrath, Reid y Boore (2003) se resalta también que los profesionales de enfermería experimentan mayor estrés por el contacto con otros profesionales (16%), y por la carencia de autonomía con respecto a los pacientes (27%), más que por el trabajo propiamente emocional. El trabajo emocionalmente es estresante para un 27% de la muestra de enfermería en comparación con un 48% de la muestra de trabajadores sociales y un 47% de la

muestra de profesores.

Los estudios muestran que los profesionales de enfermería pueden experimentar múltiples estresores procedentes del cuidado del paciente, el manejo del tiempo, la sobrecarga, la fatiga y otras manifestaciones físicas y psicológicas (Kalichman et al, 2000).

Otros autores destacan varios factores, como la escasa participación en las decisiones del hospital, las frustraciones frecuentes, la burocratización excesiva, la masificación hospitalaria, los miedos hospitalarios, los cambios sucesivos en el hospital y en el sistema de salud, las características del trabajo, la tensión laboral por las nuevas tecnologías en material hospitalario, las dificultades de relación con el paciente y sus familiares, las responsabilidades jurídicas, el bajo incentivo económico y la falta de satisfacción laboral (Flórez, 1994; Nebot, Prat, Navarro *et al.*, 1995).



En cuanto a las dimensiones del SQT y sus relaciones con otras variables, los resultados son dispares en función del estudio de referencia. En general, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización en salud son relativamente bajos (Kilfedder *et al.*, 2001). Los médicos muestran mayores niveles de despersonalización que otros grupos. La baja realización personal en el trabajo se experimenta menos en el cuidado de la salud mental que en otros tipos de medicina, en servicios sociales y en enseñanza y, parece afectar más a aquellos que tienen mayor cualificación y control sobre su trabajo.

Sin embargo, Moreno-Jiménez, Gálvez, Garrosa y Mingote (2006) en un estudio llevado a cabo con médicos de atención primaria y de hospitales, concluyen que la dimensión Agotamiento es la principal manifestación del SQT en los médicos de la muestra.

Los autores señalan que la evaluación específica del SQT en la profesión médica debe incluir factores motivacionales y de distanciamiento (Agotamiento emocional y Despersonalización) que no tienen porque ir acompañados de Ineficacia profesional.

En el estudio realizado por Payne (2001) las tres dimensiones del SQT mantienen relaciones significativas con diferentes estresores propios del puesto de enfermería. Agotamiento emocional y Despersonalización con conflicto personal, entre otros, y Realización personal se asociaba con una reducida valoración positiva y preparación inadecuada.

Pérez, Cano, Miguel, Camuñas, Sayalero y Blanco (2001) realizan un estudio con personal hospitalario y, encuentran una asociación entre la respuesta emocional negativa de ansiedad e ira y los procesos de estrés asistencial y SQT. El agotamiento emocional se



relaciona directa y significativamente con el nivel de ansiedad general y específica de situaciones cotidianas, también se relaciona con la experiencia y la expresión de ira. Además, encuentran que la despersonalización se asocia con ira y falta de control.

Otras consecuencias asociadas con el estrés laboral en enfermería han sido la baja satisfacción laboral, el aumento de quejas físicas y psicológicas y el absentismo. (Gelsema, Van der Doef, Maes, Akerboom y Verhoeven, 2005). Las respuestas emitidas por los sujetos frente a los estresores, suelen ser conductas de evitación, como el absentismo laboral, acompañados de trastornos psicosomáticos y trastornos de personalidad, junto a sentimientos de falta de ayuda, una actitud negativa y una posible pérdida de la autoestima.

### **1.4.2 Estudio de prevalencia e incidencia del SQT en profesionales de enfermería**

El SQT es un reto para las instituciones sanitarias del sistema público español, debido a que se estima en algunos estudios epidemiológicos recientes, una prevalencia de SQT entre el 13% y el 39% o incluso superiores (Demerouti et al., 2000; Alvadalejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004; Puialto, Rodríguez y Moure, 2005; Molina, Ávalos y Jiménez, 2005, Varela-Centelles, Fontao, Martínez, Pita y Valín, 2005; Grau, Suñer y García, 2005).

En su mayoría, las investigaciones se han centrado en el área de atención primaria (médicos, pediatras, profesionales de enfermería, auxiliares y personal no sanitario), para evaluar la incidencia del SQT.



El MBI es el cuestionario más utilizado en los diferentes estudios para analizar la incidencia del SQT. Al ser un cuestionario compartido en diversos países presenta la ventaja de permitir hacer comparaciones entre los resultados obtenidos. Sin embargo, se han planteado objeciones metodológicas derivadas del uso masivo de este cuestionario. En primer lugar, para su confección se han utilizado muestras estadounidenses por lo que su extrapolación transcultural es difícil de admitir, aunque hay autores como Schaufeli y Van Dierendonck (1995) que resaltan que desde un punto de vista psicométrico, el cuestionario es robusto para su utilización en diversos países.

En segundo lugar, la clasificación de los niveles de SQT es aún una cuestión por resolver tanto en muestras anglosajonas como en el resto. Se necesitan criterios no arbitrarios para poder clasificar

los niveles de SQT y orientar de esta forma la intervención.

Para poder medir el grado de SQT en función de sus dimensiones, las autoras del MBI presentaron puntos de corte con un criterio de percentiles, por el que se divide la muestra en tres grupos iguales, para cada dimensión del cuestionario. Este sistema de medida del SQT conlleva discrepancias en los resultados, dando índices de prevalencia del SQT muy diferentes en función del criterio adoptado.

Además, al no definir un criterio clínico de referencia que identifique claramente las personas que han desarrollado el SQT, la clasificación de las personas en función de la patología resulta lógicamente arbitraria ya que se parte de unos puntos de corte no compartidos.



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por los diferentes estudios (Schaufeli y VanDierendonk, 1995; Gil-Monte y Peiró, 2000; Schaufeli *et al.*, 2001; Roelofs, Verbraak, Keijsers, de Bruin y Schmidt, 2005), las investigaciones deberían enfocarse, por un lado hacia la distinción correcta de los tres factores y por otro a encontrar puntos de corte específicos por país y por ocupación.

A esto se añade, que la mayoría de estudios sobre el SQT recogen datos en las organizaciones de manera no aleatoria, de manera que las personas realmente afectadas por el SQT es muy posible que no contesten el cuestionario.

Se han propuesto otros métodos alternativos al sistema normativo de percentiles. Por un lado, Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983) establecen como punto de corte la

mediana obtenida para la muestra en cada una de las escalas. Este método permite graduar el SQT en intensidad identificando ocho grupos, y cada dimensión se clasifica en alto /bajo. Sin embargo, debido a su complejidad es un sistema poco utilizado en la literatura. Los resultados que obtenidos oscilan desde el 0 por 100 al 35 por 100.

Por otro lado, Shirom (1989) propone medir el SQT a partir de la escala Likert, de forma que el punto de corte para considerar que se ha desarrollado el síndrome sería igual o superior a “algunas veces al mes”. El autor es partidario de utilizar, con el fin de minimizar el efecto de la deseabilidad social, el punto de corte a partir de las respuestas igual o superior a “algunas veces por semana”.



En función del conservadurismo practicado por los autores se obtienen puntos de corte muy diferentes, desde niveles extremadamente altos y alarmantes a comparativamente niveles muy bajos. Con el criterio descrito de anclajes (Shirom, 1989), se identifican los casos severos de SQT siendo los porcentajes de incidencia menores aunque más ajustados a la realidad.

Es necesario conocer y evaluar la prevalencia e incidencia del SQT y poder discriminar entre individuos con y sin SQT. No existe un criterio unánime para diagnosticar el síndrome ni tampoco sobre los porcentajes de prevalencia e incidencia. Por lo general, al utilizar los valores normativos de muestras que no son extrapolables a las del estudio en cuestión, los resultados están sesgados concluyendo niveles de SQT que no son reales. La opción que se propone es aumentar el percentil 66 a 75 o 95 para decidir

los casos clínicos, pero aún así no existe apoyo suficiente a esta solución (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Nuñez-Román, 2005)

Además, existe el problema que no siempre se considera la estructura tridimensional del SQT, sino que se reduce a una sola puntuación, dificultando aún más la equiparación entre estudios (Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003).

Los estudios comparativos entre diferentes muestras de enfermería plantean la necesidad de estudiar diferencialmente las condiciones de trabajo en función de la unidad/especialidad de enfermería, ya que el grado de afectación es diferente (Happell, Martin y Pinikahana, 2003).

En general, los estudios con profesionales de enfermería concluyen que la principal manifestación del SQT se da sobre agotamiento emocional, aunque hay estudios que encuentran que la



principal manifestación del SQT en los niveles de realización personal en el trabajo por la pérdida de idealismo que implica el choque con la realidad en estas profesiones y que afecta a las creencias de autoeficacia (McGrath *et al.*, 2003; Schmitz, Neumann y Oppermann, 2000; Payne, 2001; Piko, 2006).

En muestras de profesionales sanitarios españoles, se observa el mismo patrón. (Jenaro, Flores y Arias, 2007; Varela-Centelles *et al.*, 2005) y se obtienen mayores puntuaciones en agotamiento emocional (Grau *et al.*, 2005).

En estudios longitudinales, se han encontrado de altas a moderadas correlaciones a través del tiempo. Las correlaciones se sitúan en un rango de .50 a .60 con una extensión de tiempo de hasta 8 años. Este resultado muestra una estabilidad temporal del fenómeno acorde a su naturaleza crónica. Deary, Watson y Hogston (2003)

encuentran que las tres dimensiones del MBI eran estables entre tiempo 2 y tiempo 3, aunque en este periodo la realización personal en el trabajo se incrementa ligeramente. Otros estudios longitudinales verifican estos datos (Bakker *et al.*, 2000; Burisch, 2002; Melamed, Shirom, y Froom, 2003; Peiró, Gonzalez-Romá, Tordera, y Manas, 2001; Toppinen-Tanner, Kalimo y Mutanen, 2002; Van Dierendonck *et al.*, 2001).

## **1.5 Procesos psicosociales y síndrome de quemarse por el trabajo**

### **1.5.1 Procesos Intrapersonales: Autoeficacia**

Desde el marco de la teoría social cognitiva, la autoeficacia es un juicio autoreferente por el que el sujeto se considera capaz de ejecutar una tarea determinada, en circunstancias determinadas con el propósito de conseguir algún fin (Garrido, 2000). La autoeficacia



implica un juicio de capacidad para ejecutar una conducta a un determinado nivel y con cierta seguridad.

Estas creencias se aprenden en las relaciones interpersonales que se adquieren por el propio aprendizaje de éxito o por la observación y modelado del comportamiento de otros. También pueden adquirirse a través de la persuasión verbal o por la inferencia personal derivada de estados fisiológicos y aprendidos (Bandura, 1987).

En la revisión de la literatura se emplean diferentes términos relacionados con la autoeficacia. Por eso, es importante realizar un diagnóstico diferencial de la terminología empleada, ya que todas ellas tienen especial importancia en el desarrollo del SQT.

En primer lugar, la **autoeficacia percibida** se define como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a las cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar un rendimiento adecuado. La valoración que realiza la persona de este rendimiento se denomina **eficacia percibida**. La eficacia comporta pues, una capacidad generativa en la que es necesario integrar las subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en cursos de acción, con el fin de conseguir distintos propósitos. Un rendimiento adecuado depende desde esta perspectiva tanto de las habilidades como de la creencia en la propia capacidad.

En segundo lugar, Bandura (1986) señala que el **autoconcepto** y la autoeficacia son fenómenos diferentes. La autoeficacia es un juicio relativo al contexto de habilidad personal



para alcanzar los niveles designados de ejecución. Sin embargo, el autoconcepto no se centra en el logro de una tarea particular sino que incorpora todas las formas de autoconocimiento y sentimientos de autoevaluación. y, se define como la percepción global de uno mismo y de las propias reacciones de autoestima o autodesarrollo a esa autopercepción.

En tercer lugar, la **autoconfianza** es una variable que en la literatura se ha relacionado significativamente con el SQT. Este concepto, es similar a las expectativas de eficacia formulado por Bandura. Se refiere a la creencia o grado de seguridad o certeza que los individuos tienen sobre sus habilidades para alcanzar el éxito en la realización de una tarea.

Finalmente, la **autoeficacia generalizada** es definida por Schwarzer (1999) como la confianza en la propia destreza de

afrentamiento que se manifiesta en un rango amplio de situaciones retadoras y que tiene un carácter amplio y estable. El grado de generalidad o especificidad puede variar en función de las formas en que se manifiestan las competencias (conductual, cognitiva y afectiva), el grado de similitud de las actividades y aspectos cualitativos de la situación. La autoeficacia generalizada modula la relación entre los estresores, como horas de trabajo, sobrecarga y significado de la tarea, y algunas de las consecuencias, como satisfacción, síntomas físicos, intento de abandono del puesto y compromiso con la organización (Grau, Salanova y Peiró, 2000). En este sentido, la autoeficacia generalizada mantendría una relación significativa y positiva con la satisfacción laboral (Jex, y Bliese, 1999; Jex y Gudanowsky, 1992) y con agotamiento emocional (Grau *et al.*, 2000). Skaalvik y Skaalvik (2007) en una



muestra de profesores refieren que el SQT se relaciona fuertemente con autoeficacia generalizada.

Habitualmente, la autoeficacia se ha aplicado en contextos específicos, pero las investigaciones recomiendan utilizar una medida general, entendida como confianza global en las propias habilidades, en un amplio rango de demandas o situaciones nuevas (Holman y Wall, 2002; Scholz, Gutiérrez, Sud y Schwarzer, 2002). La escala de autoeficacia generalizada se ha utilizado en números estudios con consistencias internas de .75 a .91 reproduciendo su estabilidad en estudios longitudinales.

Distintos modelos consideran la variable autoeficacia dentro del proceso de desarrollo del SQT. Por un lado, Cherniss (1993) ha elaborado un modelo explicativo en el que los sentimientos de **autoestima y autoeficacia** percibida se relacionan con el desarrollo

del SQT.

Por otro lado, Leiter (1993) plantea que el SQT debe ser entendido como una crisis de la **autoeficacia profesional**.

Y Thompson, Page y Cooper (1993) proponen un modelo en el que los sentimientos de autoconfianza profesional aparecen como variable mediadora en el desarrollo del agotamiento emocional y despersonalización.

Así mismo, Pines (1993) plantea un modelo existencial que explica el SQT como el fracaso en la necesidad de las personas de creer en el significado de su vida. El SQT resulta de la frustración por no poder alcanzar aquello que se había esperado del trabajo, es la consecuencia final de un proceso en el cual el paso inicial es un alto nivel de motivación e implicación por parte del trabajador. Los profesionales de servicios de ayuda a personas tienen un alto nivel



de motivación y de implicación inicial, truncado por las experiencias de éxito y fracaso psicológico y laboral. Siguiendo a Cherniss (1993), una de las causas más importantes del SQT en profesionales es la incapacidad para desarrollar un sentido de competencia y autoeficacia.

La teoría social cognitiva enfoca la experiencia de estrés como una baja eficacia para ejercer control sobre las situaciones o condiciones estresantes. Los modelos teóricos que han tratado la autoeficacia como una variable determinante en el proceso de desarrollo del SQT se plantean como eje central de discusión la existencia de factores barrera que provocan una frustración o fracaso en los sentimientos de competencia lo que redundaría en un menoscabo en las propias creencias de eficacia (Harrison, 1983).

De hecho, algunos cuestionarios utilizados en la evaluación del SQT incorporan en sus dimensiones indicadores para estimar los niveles de autoeficacia como criterio diagnóstico. Por ejemplo, el MBI-HSS (1981) incorpora la dimensión realización personal en el trabajo y, el MBI-GS (1996) la eficacia profesional, ambas relacionadas con la autoeficacia. En relación a la dimensión de realización personal en el trabajo, en el estudio de Gil-Monte y Peiró (1999 b), esta se desdobló en dos factores , uno de ellos, tiene un componente de competencia profesional autopercebida, y el otro, incorpora el componente de sentido existencial que los trabajadores otorgan al trabajo, en la línea de lo planteado por Pines (1993). Esta composición permite entender que la etiología del SQT puede ser explicada en base a la teoría sociocognitiva del yo.



En definitiva, el SQT se relaciona con la incapacidad para alcanzar un sentido de competencia o éxito en el trabajo, y en este contexto cobra especial importancia la variable control en la explicación de las respuestas al estrés porque, tal y como señala Bandura, la experiencia de estrés es el resultado de una baja eficacia para ejercer control sobre las condiciones o situaciones estresantes (Grau *et al.*, 2000). En este sentido, estudios como el de Lang y Lee (2005) y Raghuram y Wiesenfeld (2004) obtuvieron una relación significativa y negativa entre las creencias de autoeficacia y el estrés laboral.

Los estudios empíricos han señalado que las creencias de autoeficacia pueden influir en el desarrollo de los niveles del SQT tanto de forma directa (modelo de efectos directos) como de forma moduladora (modelo de efectos moduladores).

El modelo de efectos directos pone de relieve que los niveles de autoeficacia influyen directamente sobre el SQT, es decir, los sujetos que tienen mayor nivel de autoeficacia tenderán a desarrollar menores niveles de SQT. En este sentido, se han realizado estudios que muestran la relación de la autoeficacia con las tres dimensiones del MBI, siendo la más intensa con realización personal en el trabajo. La autoeficacia presenta una relación significativa y positiva con realización personal en el trabajo y, negativa con despersonalización y agotamiento emocional (Brouwers y Tomic, 2001; Evers, Brouwers y Tomic, 2002). En profesionales de enfermería, Montalbán, Durán y Bravo (2000) obtienen relaciones significativas entre autoeficacia y las dimensiones del MBI despersonalización y realización personal en el trabajo pero no en agotamiento emocional.



En diversos estudios se ha señalado las relaciones longitudinales entre las creencias de autoeficacia y las dimensiones de SQT. Brouwers y Tomic (2000) encuentran que la autoeficacia, en una muestra de profesores de secundaria se comportaba como antecedente de la dimensión del MBI despersonalización, pero no de agotamiento emocional ni de realización personal en el trabajo.

Por otro lado, la autoeficacia actúa como variable moduladora entre los niveles de estrés percibido y el desarrollo del SQT (Lang y Lee, 2005). La autoeficacia puede influir en el juicio que realizan las personas para interpretar sus resultados, pero añaden que la autoeficacia se ve modificada ella misma por las condiciones ambientales (Bandura, 1997).

Perrewé, Hochwarter, Rossic, Wallace, Maignane, Castrof *et al.* (2002), argumentan que la presencia de estresores de rol

conllevará una disminución de la autoeficacia de manera que actuando como mediador, una baja autoeficacia en presencia de estresores de rol desembocaría en SQT.

Las creencias de autoeficacia pueden amortiguar también el impacto de los estresores sobre las personas mediante la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas (Jex, Bliese, Buzzell y Primeau, 2001).

En otros estudios, la autoeficacia se ha demostrado como una variable moduladora entre los estresores del puesto y el SQT (Van Dick y Wagner, 2001). Entre ellos, la exposición a las nuevas tecnologías en la empresa (Salanova, Grau, Cifre y Llórens, 2000), la sobrecarga laboral con agotamiento emocional (Gil-Monte, Caro y García-Juesas, 2004), la conducta del líder (Chen y Bliese, 2002; Watson, Chemers y Preiser, 2001). Schaubroeck, Lam y Lin Xie



(2000) encuentran un papel modulador de la autoeficacia entre los estresores y ansiedad, depresión y propensión a la movilidad del puesto.

## **1.5.2 Procesos interpersonales**

### **1.5.2.1 Motivación para la ayuda**

La conducta de ayuda se define como toda acción que busca proporcionar algún beneficio o incrementar el bienestar de otra persona, sin embargo en la revisión de la literatura se emplean indistintamente o de forma relacionada diferentes términos que se refieren a la conducta de ayuda: **comportamiento prosocial** (Piliavin, Dovidio, Gaertner y Clark, 1981), **altruismo** (Bierhoff y Klein, 1990), **cooperación** (Schroeder, Penner, Dovidio y Piliavin, 1995), **conducta prosocial** (Garaigordobil, 1995, González-Portal, 104

1992), **orientación comunal** ( Clark y Mills, 1979) y **conducta cívica en la organización** (OCB, Organizacional Citizen Behavior) (Kohan y Mazmanian, 2003, Wagner y Rush , 2000).

En primer lugar, el término **comportamiento prosocial** se refiere a las acciones que benefician a otros pero que aparentemente no ofrecen ningún beneficio a la persona que los lleva a cabo y que, a veces, pueden suponer un riesgo para la persona que presta la ayuda. El comportamiento prosocial representa una categoría amplia de actos que se definen por un grupo social como generalmente beneficiosos para otros (Penner, Dovidio, Piliavin y Schroeder, 2005), es voluntaria, con una clara intención de ayudar sin anticipar recompensas a corto o medio plazo y, por último, la conducta en sí implica mayores costes externos que beneficios externos.



Por lo tanto, la conducta prosocial puede ser motivada por un acto de restitución, de reciprocidad o de compensación que conlleva el beneficio o el incremento del bienestar de otra persona (Shroeder, Penner, Dovidio y Piliavin, 1995). El concepto de conducta prosocial engloba las acciones definidas por la sociedad como acciones que benefician a otras personas y al sistema político en vigor (Piliavin *et al.*, 1981). Este tipo de conducta se refiere tanto a aspectos interpersonales como al contexto social y cultural. Recientes estudios han planteado que los procesos subyacentes a la conducta prosocial no sean siempre conscientes, por lo que podrían existir procesos cognitivos implícitos antecedentes de la conducta prosocial (Greenwald, Banaji, Rudman, Farnham, Nosek y Melott, 2002; Penner *et al.*, 2005).

En segundo lugar, el término **altruismo** es más restrictivo, se refiere a las acciones que benefician a otros pero que suponen una motivación desinteresada (Myers, 1995; Mac Cauley y Berkowitz, 1970). Batson (1991), define el altruismo como un estado motivacional que persigue como fin último incrementar el bienestar de otra persona. La naturaleza de la ayuda determina el fin último de la conducta, de manera que puede tener en su base, una motivación egoísta cuyo fin sería el deseo de mejorar el bienestar propio (beneficio material, aumento de la autoestima o del amor propio) o para evitar un daño personal (castigo personal o social, culpa o vergüenza), (Cialdini, Baumann y Kenrick, 1981), o una motivación altruista que persigue el incremento del bienestar de los otros o reducir su estrés (Batson, Duncan, Ackerman,



Buckley y Birch, 1981). En esta línea, la motivación para la ayuda podría considerarse como una mezcla de motivaciones altruistas y egoístas. Para el autor, incrementar el bienestar de otros es necesario y suficiente para tener un propósito altruista, independientemente de que con ello haya también una ganancia personal (Batson, ÖQuin, Fultz, Vanderplas e Isen, 1983).

En tercer lugar, la **cooperación** hace referencia a las conductas prosociales y de ayuda que tienen un carácter de beneficio recíproco para todos los implicados que buscan un objetivo común dentro de un contexto grupal (Penner *et al.*, 2005; Schroeder *et al.*, 1995).

En cuarto lugar, en un entorno profesional, la **motivación para la ayuda** se entiende como la motivación profesional necesaria para ejecutar nuestra competencia con intención de

ayudar. Es decir, saber que lo que se está haciendo a nivel profesional tiene efectos beneficiosos en una parte del entorno social. Un desequilibrio entre las intenciones – expectativas y la realidad pueden desencadenar el desarrollo del SQT.

Actualmente, otra de las variables estudiadas en relación a las conductas de ayuda es la **conducta cívica en la organización (OCB, organizational citizen behavior)**. Se entiende por tal, una conducta específica de ayuda asociada con responsabilidad social y trabajo comunitario (Van Emmerik, Jawahar y Stone, 2005). La OCB incluye varias dimensiones: altruismo, concienciación, cortesía, obediencia organizacional, lealtad y participación (Kohan y Mazmanian, 2003, Wagner y Rush, 2000). En el estudio de Van Emmerick *et al.*, (2005) ambas variables, altruismo y OCB, se relacionan con baja realización personal en el trabajo aunque no se



encuentran relaciones significativas entre OCB y despersonalización y agotamiento emocional.

La conducta de ayuda puede estar motivada por razones sociales, por un altruismo desinteresado o por un deseo de cooperación grupal. Ayudar implica una conducta adquirida y aprendida de los modelos sociales, que beneficia a la persona al reducir el malestar provocado por el coste de no ayudar.

En ciertos contextos, como el laboral, implica el cumplimiento de unas normas y la necesaria asunción de las consecuencias de no cumplirlas. Las aproximaciones sociales al estudio de la conducta prosocial enfatizan que la *norma de reciprocidad*, que establece que debemos ayudar, y no atacar a aquellas personas que nos ayudan y, la *norma de responsabilidad social*, según la cual una persona debe ayudar a otra cuando esta

depende de ella, promueven el comportamiento de ayuda al mantener la autoimagen positiva o el cumplimiento de unos ideales y necesidades personales (Penner *et al.*, 2005).

Concretamente, en el contexto laboral, los motivos altruistas contribuyen en la elección de la profesión. Las personas dedicadas a las profesiones de ayuda a otros presentan altas puntuaciones en altruismo, que en interacción con la consecución de sus objetivos profesionales va a influir en la aparición del SQT (Gil-Monte, 2005). La hipótesis de que la socialización profesional disminuye el nivel de altruismo inicial de los profesionales de enfermería, se ha validado en un estudio longitudinal apoyando la idea de una pérdida de ilusión que se produce entre estos profesionales con el contacto con la realidad (Johnson, Haigh y Yates-Bolton, 2007).

En esta línea, los modelos de intercambio social centran la



importancia de los procesos que se dan en las relaciones de ayuda como causa del SQT (Schaufeli *et al.*, 1996). El SQT se origina en la relación establecida entre el que demanda ayuda y el que la presta, estando en su génesis la percepción de falta de reciprocidad entre inversiones y recompensas (Schaufeli, 2006; VanYperen *et al.*, 1992; Schaufeli y Janczur, 1994).

El término intercambio se refiere específicamente al hecho de dar algo a alguien a cambio de otra cosa. En las relaciones de ayuda se puede dar una motivación egoísta, en el sentido de que la persona persigue otro beneficio con ella. El acto en sí implica un incremento en el bienestar del otro pero esto no es condición excluyente de un bienestar propio. (Clark y Mills, 1993). Una relación de ayuda permite, según estos autores, predecir el nivel de altruismo o egoísmo ya que, en función de la naturaleza de la

relación la ayuda, será más o menos desinteresada.

De hecho, la **conducta de ayuda** se ha evaluado como **orientación comunal**. De manera que las relaciones comunales son un tipo de relación de intercambio social de especial importancia en los contextos laborales, y difieren de las relaciones de intercambio en las reglas establecidas para dar y recibir beneficios (Batson, 1993). Las relaciones de intercambio se caracterizan por mantener la regla del *quid pro quo*, en las que se asume la reciprocidad, existe una deuda o una obligación de devolver la ayuda prestada. Sin embargo, en las relaciones de ayuda se asume sin más el beneficio del otro, sin esperar por ello una compensación específica (Clark y Mills, 1993).

Truchot, Keirsebilck y Meyer (2000) concluyen que la motivación altruista que guía a las personas con orientación hacia



la ayuda puede contribuir a bajos sentimientos de realización personal. En este sentido, estaría en la línea del planteamiento de Harrison (1983) al argumentar la influencia de la motivación para la ayuda en los sentimientos de competencia y por tanto su impacto en el desarrollo del SQT.

Desde el marco de las teorías de la equidad, cuando los profesionales perciben inequidad en relación con sus pacientes, experimentan SQT pero en situaciones de inequidad la variable orientación comunal actúa como mediadora (Truchot *et al.*, 2000). VanYperen (1996) señala que la inequidad percibida sería mejor tolerada por profesionales con una alta orientación hacia la ayuda. Sin embargo, las personas con baja orientación hacia la ayuda reaccionarían negativamente frente a las indicaciones emocionales de los otros de manera que serían más vulnerables a desarrollar el

SQT siempre que hubiera una percepción de inequidad en el intercambio con el cliente.

Existe evidencia empírica de que los tres factores del SQT se dan con mayor frecuencia entre el personal de enfermería con baja orientación hacia la ayuda (Truchot *et al.*, 2000). La falta de beneficios y la percepción de inequidad provendrían de unas expectativas iniciales irreales referentes al trabajo, y que se traducen poco a poco en sentimientos de frustración, incompetencia social y SQT. Diversos estudios empíricos validan esta afirmación, encontrando relaciones significativas entre SQT e inequidad percibida entre estudiantes de enfermería (Schaufeli, VanDierendonck y Van Gorp, 1996), médicos generales en Alemania (VanDierendonck *et al.*, 1994) y trabajadores sociales franceses (Truchot *et al.*, 2000).



En el contexto de la profesión de enfermería, la orientación hacia la ayuda entendida como ideología personal no sólo puede favorecer el apoyo social sino que también ayuda a reducir la ambigüedad y el conflicto, y actúa como variable mediadora entre la relación profesional-cliente y el desarrollo del SQT (VanYperen *et al.*, 1992). La identidad de rol es un factor importante que se ha relacionado con el SQT y con el desarrollo de sintomatología depresiva (Siebert y Siebert, 2007). Además en los estudios actuales, están cobrando cada vez más importancia, las variables relacionadas con el intercambio que se establece entre el paciente y el profesional, así como la política, ética, cultura, género y personalidad (Yonge y Molzahn , 2002).

### **1.5.2.2 Apoyo social percibido**

Dentro de las demandas del trabajo, se ha estudiado la carencia de recursos y, entre estos, el apoyo social como un recurso frente al desarrollo del SQT (Maslach, 2001).

Las definiciones de apoyo social han sido diversas y existen aún diferentes planteamientos en la conceptualización y medida del apoyo social (Sundin *et al.*, 2006). Cobb (1976) define el apoyo social como información que ayuda a la personas a creer que son queridos y cuidados, estimados y valorados por lo que pertenecen a una red de comunicación y de mutua obligación. Greenglass, Burke y Konarsky (1997), lo definen como el intercambio de información que lleva a una persona a sentirse cuidada, como una transacción interpersonal que incluye afecto, afirmación, y ayuda tangible y emocional.



En cuanto a la medida del apoyo social, no existe un consenso en el instrumento a utilizar. Las medidas más utilizadas han sido la escala de Caplan, Cobb, French, Harrison y Pinneau (1975), la de House (1981) y la de Moos (1986). Halbesleben (2006) en el metanálisis realizado identifica hasta 39 tipos de medidas diferentes, incluidas 15 específicas creadas para el estudio en cuestión.

Tradicionalmente, se han propuesto dos modelos que explican la influencia del apoyo social en el proceso de estrés laboral y SQT.

En primer lugar, el modelo de efectos directos establece que el apoyo social puede mejorar (o su ausencia, empeorar) el SQT, pues la percepción de apoyo social en el trabajo disminuye los niveles de agotamiento emocional y despersonalización y, aumenta

los sentimientos de realización personal en el trabajo (Greenglass *et al.*, 1997).

En segundo lugar, el modelo de modulación establece que el apoyo social en el trabajo puede hacer que la influencia del estrés sobre el sujeto o, su valoración subjetiva sea menor, amortiguando sus efectos negativos. Algunos estudios empíricos apoyan esta hipótesis en diversos colectivos: enfermería (Malach-Pines, Ben-Ari, Utasi y Larson, 2002; Greenglass, Fiksenbaum y Burke, 1996) y profesores (Van Dick y Wagner, 2001; Burke y Greenglass, 1993). Los efectos moduladores se han observado con más intensidad en el plano emocional, sobre todo se ha señalado su papel mediador entre el estrés y el agotamiento emocional, aunque también se ha apreciado sobre las actitudes de despersonalización. Sin embargo, no todos los estudios encuentran apoyo a la hipótesis



del efecto modulador (Burke y Greenglass, 1993; Maslanka, 1996).

En cuanto a la hipótesis de efectos directos, existe mayor consenso sobre todo en la variable agotamiento emocional. Los efectos directos del apoyo social sobre los niveles de agotamiento emocional se explican por la función que el apoyo emocional cumple dentro del contexto interrelacional (Zellars y Perrewé, 2001). Así mismo, el apoyo social que brindan los emisores de rol (compañeros y supervisores) puede condicionar la propia eficacia. Los sentimientos de realización personal y las actitudes en el trabajo mejorarán en la medida en que estas expectativas emitidas puedan ser satisfechas por el sujeto.

Por último, el efecto negativo del apoyo social sobre las actitudes de despersonalización se analiza a partir de su influencia sobre la responsabilidad social del trabajador. En un contexto

laboral de ayuda, el apoyo social firme puede ser alentador para prescindir de actitudes de despersonalización hacia los pacientes (Gil-Monte, 2005).

Como se está viendo, los resultados empíricos que apoyan ambos modelos son inconsistentes. Recientemente, algunos estudios han planteado la existencia de una tercera vía, en la que se da un efecto amortiguador inverso que se produce cuando el apoyo social fortalece en lugar de debilitar la relación entre los estresores y sus consecuencias. Cuando la fuente de apoyo y de estrés es el propio supervisor, el trabajador se encuentra ante un conflicto, aumentando los niveles de estrés (hipótesis de la congruencia) (Beehr, Farmer, Glazer, Gudanowski y Vandan, 2003; Posig y Kickul, 2003; Marcelissen, Winnubst, Buunk y de Wolff, 1988).



Jenkins y Elliott (2004) encuentran apoyo a un efecto inverso de amortiguación. Las puntuaciones altas en el estresor se relacionan con altos niveles de despersonalización para los profesionales de enfermería con alto apoyo social, pero no se da esta asociación con bajas puntuaciones en apoyo social.

Bajo determinadas circunstancias, el apoyo social instrumental (percepción de imposición) que se recibe en el trabajo puede tener efectos negativos como aumento de los niveles de afecto negativo y de agotamiento emocional y despersonalización. Así mismo, se ha relacionado con un incremento en la tasa de absentismo y de sintomatología física (Deelstra; Peeters; Schaufeli; Stroebe, Zijlstra y Van Doornen, 2003).

Por otro lado, la revisión de la literatura permite concluir que existe una relación positiva y significativa entre las diferentes

fuentes de apoyo social y el SQT (Greenglass *et al.*, 1997; Sundin *et al.*, 2006).

Entre los profesionales de enfermería, se ha identificado, como fuentes de apoyo social en el trabajo el derivado del supervisor, de los compañeros y de los médicos de la unidad. La falta de apoyo social percibido desde el supervisor y desde los compañeros es una variable que presenta efectos directos e indirectos sobre el SQT, y produce efectos moduladores entre el SQT y sus consecuencias (Jawahar, Stone y Kisamore, 2007; Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal y Penna, 2005).

Halbesleben (2006) realiza un metanálisis con 118 artículos e identifica la posibilidad de una relación recíproca entre apoyo social y SQT. Así, el apoyo social no sólo funcionaría disminuyendo los niveles de estrés sino que funcionaría como



estrategia de afrontamiento una vez que aparece el estrés. En el estudio longitudinal de Van Veghel, de Jonge, Söderfeldt, Dormann y Schaufeli (2004) encuentran que el apoyo social sólo se asocia significativamente con agotamiento emocional.

Sundin et al. (2006) en una muestra de enfermería señalan que la correlación obtenida para los tres indicadores de apoyo social ( (1) supervisor, (2) compañeros y pacientes, y (3) clima laboral de apoyo) se encuentra en un rango entre .37 y .48. Para las tres dimensiones del MBI obtienen la correlación más alta entre agotamiento emocional y despersonalización ( $r = .55$ ).

El apoyo de los supervisores y de los compañeros (Jenkins y Elliott, 2004) es un importante factor para mejorar la experiencia de estrés (Coffey y Coleman, 2001).

Sin embargo, otros estudios, como el de Teasdale, Brocklehurst y Thom (2001) encuentran que la supervisión clínica no actúa como protectora frente al menos una puntuación global del MBI. Coffey y Coleman (2001) señalan que 25% de los profesionales de enfermería con patología según el GHQ, no referían apoyo del supervisor y puntuaban más alto en agotamiento emocional, comparado con el 6% que no presentaba patología.

El apoyo proveniente del supervisor está relacionado con otra fuente de apoyo: el organizacional. Los trabajadores personifican y humanizan las características de la organización de manera que el trato favorable o desfavorable se interpreta como apoyo de la organización. En este sentido, los supervisores actúan como agentes de la organización, por lo que un trato favorable del supervisor contribuye al apoyo organizacional percibido (Rhoades



y Eisenberger, 2002). Este tipo de apoyo es beneficioso para el individuo (incremento de satisfacción laboral) (Bennet, Lowe, Matthews, Dourali y Tattersall, 2001) y para la organización (aumento del compromiso afectivo del trabajador, mejora de resultados, reducida movilidad de personal). En el metanálisis realizado por Rhoades y Eisenberg (2002) se concluye que el apoyo organizacional percibido tiene fuertes relaciones con compromiso afectivo, satisfacción laboral, estado de ánimo positivo en el trabajo, deseo de permanecer en el trabajo sin intenciones de movilidad.

Otra línea de estudio, diferencia entre diferentes fuentes de apoyo social (informativo, emocional y apoyo práctico) (Greenglass *et al.*, 1996). En esta línea, Pines y Aronson (1988) identifican las funciones del apoyo social como escucha, apoyo y

apreciación técnica (consejo relacionado con el trabajo), reto-crítica técnica (sugerencias para mejorar los resultados), apoyo emocional, cambio emocional y el hecho de compartir la realidad social.

Zellars y Perrewé (2001) definen el apoyo emocional como la conducta de hablar, escuchar y expresar empatía hacia otro y, diferencian cuatro dimensiones del mismo: apoyo emocional positivo, negativo, no relacionado con el trabajo y comunicaciones empáticas. En general obtienen resultados significativos del modelo para las tres dimensiones del MBI. Entre las cuatro dimensiones planteadas, tener conversaciones de corte negativo y positivo con los compañeros tenía efectos significativos positivos y negativos respectivamente con agotamiento emocional y despersonalización. Por último, las conversaciones negativas y las conversaciones empáticas eran predictores significativos de baja realización



personal en el trabajo.

Por último, existen pocos estudios que realicen un estudio transcultural (Halbesleben, 2006), entre estos Malach-Pines *et al.* (2002) realizan un estudio en diferentes países concluyendo que existe una necesidad universal de apoyo social.

Otros estudios han realizado sus investigaciones centrándose en las relaciones del apoyo social con otro tipo de variables. Entre estos, el género es una de las más estudiadas como moderadora entre el estrés y sus consecuencias.

Perrewé y Carlson (2002) encuentran que las mujeres se benefician más que los hombres del apoyo social (trabajo y familia) en términos de satisfacción trabajo-familia. Beehr *et al.* (2003) encuentran que el apoyo social del supervisor y el rol de género interaccionan para predecir la baja satisfacción laboral ( $R^2 =$

.03), confirmando que la relación entre el apoyo social y las consecuencias en la salud (strain) está moderada por el rol de género, de forma que la relación negativa entre ambas será más fuerte para las personas que asumen un rol femenino. Sin embargo, a pesar de estos resultados, otros estudios no encuentran diferencias significativas debidas al género (Vermeulen y Gender, 2000).

Tras la revisión de la literatura, se puede concluir que existe una necesidad importante de realizar estudios longitudinales entre apoyo social y SQT. Por otro lado, los modelos deben ahondar en el papel del género como variable mediadora.



### **1.5.2.3 Percepción de inequidad**

Otra de las fuentes de estrés crónico en profesionales de enfermería es la percepción de falta de reciprocidad o de equidad en los intercambios. Una característica básica del trabajo con personas es la carga emocional que conlleva el contacto. En estas profesiones, el trabajador se enfrenta a la decisión de valorar el balance entre los recursos que invierte y las demandas que le son impuestas, con el fin de protegerse a sí mismo.

Una relación es equitativa cuando la persona examina la relación y percibe que todos los participantes reciben resultados relativos iguales. En el momento en que los individuos descubren que la relación no es equitativa intentarán eliminar su tensión restaurando la equidad, tanto más cuanto más perciban la situación

como no equitativa. La inequidad en las relaciones de intercambio incrementa pues la experiencia de estrés, aumentando los niveles de SQT (Taris, Peeters, Leblanc, Schreurs y Schaufeli, 2001).

De hecho, cuando no se obtiene los resultados esperados, los profesionales deben invertir mayores recursos y esfuerzos en la relación con los pacientes. Si no se percibe una mejoría, el desequilibrio experimentado se incrementa y, los recursos se agotan entrando en la denominada “espiral de pérdida” (Hobfoll y Shirom, 2000).

En los procesos de intercambio, que se dan en toda relación, las comparaciones interpersonales juegan un papel importante. Varios estudios han obtenido relaciones significativas entre la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios sociales y las dimensiones del MBI.



Existe, pues, una relación positiva entre inequidad y agotamiento emocional y negativa con realización personal en el trabajo que se ha obtenido para profesionales de enfermería (Gil-Monte, 2001), médicos (Bakker *et al.*, 2000) y profesores (Taris, VanHorn, Schaufeli y Schreurs, 2004). También se ha obtenido una relación positiva y significativa entre falta de equidad y despersonalización (Bakker *et al.*, 2000). Otros estudios no encuentran efectos significativos sobre agotamiento emocional (Van Veghel, De Jonge, Meijer y Hamers, 2001).

Las tres dimensiones del SQT se ven afectadas diferencialmente por las situaciones de inequidad percibida. La variable agotamiento emocional se considera una respuesta afectiva que conlleva un estado psicológico negativo provocado por la percepción de inequidad. Se asume que la relación entre ambas

variables está mediada por ciertos niveles de estrés que mantienen la relación.

Por otro lado, las actitudes de despersonalización en el contexto de los estudios sobre inequidad, implican una estrategia defensiva frente a una relación interpersonal percibida por el sujeto como no equitativa, de manera que la persona al sentirse desbordada se alejaría psicológicamente de esa situación. Una forma de restituir la equidad es disminuir las inversiones realizadas, que se ha interpretado como una forma de distanciamiento (Schaufeli, 2006).

Por último, los sentimientos de baja realización personal, vendrían abordados como una medida de la competencia personal que se ve afectada por los sentimientos de incompetencia y de duda acerca de los propios actos (Schaufeli, 2006, Taris *et al.*, 2001).



Aunque los estudios corroboran la relación existente entre inequidad y SQT, medido con el MBI, los resultados obtenidos para cada uno de los factores difieren entre los autores.

Van Dierendonck *et al.* (2001) en un estudio longitudinal llevado a cabo con profesionales de servicios a personas señalan que la relación entre inequidad y agotamiento emocional es curvilínea y no existe relación significativa longitudinal entre despersonalización e inequidad, siendo leve, la relación con realización personal en el trabajo. Los autores argumentan que la relación que se establece es asimétrica y no complementaria entre el trabajador que da apoyo y el que lo recibe. Además, la inequidad aparece como antecedente del SQT, ya que existiría una valoración cognitiva previa al desarrollo del estrés. En otros estudios longitudinales con profesionales de enfermería se ha encontrado

evidencia de efectos longitudinales significativos de los procesos de comparación social (Buunk, Zurriaga, Gonzalez-Romá y Subirats, 2003). De este y otros estudios relacionados se desprende que la orientación hacia la comparación social sería estable temporalmente (Buunk, Zurriaga, Peiró, Nauta y Gosálvez, 2005).

La teoría de la equidad no sólo se aplica al contexto interpersonal, también a nivel organizacional, donde se producen igualmente procesos de intercambio entre los empleados y su organización. La falta de reciprocidad percibida con la organización supone una ruptura del “contrato psicológico” admitido que conllevará al SQT. Las respuestas que decida emitir el sujeto se interpretan con intentos de restaurar la equidad perdida (Schaufeli, 2006).

La falta de reciprocidad con la organización se ha



relacionado con agotamiento emocional y con propensión al absentismo (Geurts, Schaufeli y de Jonge, 1998), de hecho se considera una variable importante a considerar en el diseño de programas de intervención sobre el SQT y la prevención del absentismo (Gil-Monte, 2002 b).

Además del nivel interpersonal y organizacional, hay que tener en cuenta el rol que juegan los equipos de trabajo y los compañeros (Taris, Schaufeli, VanHorn y Schreurs, 2004).

Recapitulando, la falta de reciprocidad se experimenta habitualmente con la organización, seguida por los pacientes y finalmente, por los compañeros de trabajo.

La correlación más fuerte entre los tres niveles y las dimensiones del SQT, se da con agotamiento emocional. Sin embargo, las correlaciones entre las actitudes de

despersonalización y los sentimientos de realización personal son relativamente altas en el nivel interpersonal (Schaufeli, 2006).

#### **1.5.2.4 Conflictos interpersonales**

Las organizaciones, como formaciones sociales, se estructuran a partir de las relaciones de poder y coaliciones interdependientes que se forman entre sus miembros y que están en continuo proceso de negociación. El poder es el mecanismo básico dentro de la organización en torno al cual se desarrollan el resto de procesos.

Así, la dinámica de una organización se explica a partir de las relaciones interpersonales que se forman dentro de una estructura jerárquica y organizada. El conflicto en la organización



recoge la idea de una lucha, una pelea o un enfrentamiento entre opuestos (De Creu, Van Dierendonck y Dijkstra, 2004). Los estresores sociales (conflictos interpersonales) consisten en rencores sociales, conflictos con los compañeros y los supervisores, conductas injustas y un clima grupal inadecuado que repercute sobre el individuo y la organización (Dormann y Zapf, 2004).

Un conflicto interpersonal implica siempre una oposición de un individuo hacia otro que impide conseguir algo valorado (recursos, objetivos, valores). Es un proceso que se inicia cuando una de las partes percibe una situación de inequidad o frustración. Si esta situación se mantiene en el tiempo, y en función de la importancia de lo que se anhela, puede desembocar en situaciones de estrés que conllevan síntomas de agotamiento emocional, baja realización personal y sintomatología somática (Gil-Monte, 2005).

Entre las fuentes de conflictos en el trabajo se encuentra la proveniente de los supervisores, de los subordinados, de los compañeros y de los clientes de la organización. Algunos trabajos provocan relaciones interpersonales tan intensas que son el disparadero del SQT (Zellars y Perrewé, 2001). La relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el paciente se considera un proceso interpersonal y transaccional que tiene como objetivo el cambio positivo (Cameron, Kapur y Campbell, 2005). El esfuerzo diario implica proveer de cuidado, empatía y atención pero a veces, los profesionales tienen que hacer frente a pacientes con demandas imposibles, que intimidan al profesional o que no siguen las prescripciones médicas. La relación se convierte en asimétrica y esto puede conllevar una disminución de los recursos emocionales y una progresión hacia el SQT. De esta forma, el SQT se asocia con



problemas derivados de clientes difíciles, mayor porcentaje de cuidado directo y alta exposición a pacientes con mal pronóstico (Bakker *et al.*, 2000).

Estudios longitudinales señalan que tanto para tiempo 1 como para tiempo 2, las demandas de los pacientes tienen un efecto positivo en la percepción de falta de reciprocidad y esta sobre los sentimientos de agotamiento emocional. A su vez, los sentimientos de agotamiento emocional provocan actitudes de despersonalización hacia los pacientes y, el proceso desemboca en bajos sentimientos de competencia (Bakker *et al.*, 2000)

En otros estudios longitudinales, se ha puesto de manifiesto que unas deficientes condiciones laborales, como el conflicto, pueden ser la causa de una disminución en los niveles de bienestar del trabajador (Zapf, Dormann y Frese, 1996).

Una de las explicaciones de los conflictos entre los profesionales y los pacientes se basa en que como consecuencia de los sentimientos de despersonalización, el trabajador trata de distanciarse de las personas-clientes de la organización y de los miembros del equipo con los que trabaja mostrándose cínico, irritable e irónico. A este distanciamiento se suma, la atribución de culpabilidad de sus frustraciones y el descenso de su productividad. Entonces, al experimentar un decremento de los sentimientos de realización personal en el trabajo, continúa evitando las relaciones personales y profesionales, lo que se traduce en bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima (Guerrero, 2003).

En segundo lugar, en otros estudios, los conflictos con los compañeros se han relacionado positiva y significativamente con



agotamiento emocional y despersonalización (Payne, 2001).

Entre los estresores de los profesionales de enfermería hospitalaria se cita los conflictos con los supervisores y con los médicos (Oberle y Hughes, 2001).

Las causas que se han planteado han sido: las diferencias de género, las lagunas en educación o el estatus socioeconómico, la falta de comprensión y simpatía y la diferente responsabilidad profesional (Tobak y Koprak, 2007).

Otra fuente de conflicto puede provenir del mismo ambiente organizacional. De hecho, las condiciones de trabajo en enfermería se han relacionado con consecuencias negativas sobre la satisfacción laboral (Aiken y Patrician, 2000; Laschinger, Finegan, Shamian y Wilk, 2001; Manojlovich, 2005), aumento de la irritabilidad y de la ansiedad (Bennet *et al.*, 2001). Diversos

estudios han puesto de manifiesto, la influencia del clima laboral sobre los niveles de satisfacción del trabajador (Manojlovich, 2005, Cortese, 2007). Una dirección de enfermería que ofrezca apoyo y un clima de trabajo adecuado se relaciona con satisfacción laboral y mantiene relaciones negativas con la intención de cambio de trabajo (Stordeur *et al.*, 2007)

En esta línea se apuesta por promover estrategias de comunicación adecuada entre los profesionales de enfermería para disminuir los niveles de agotamiento emocional (Budge, Carryer y Wood, 2003) y aumentar los niveles de satisfacción laboral en enfermería (Laschinger *et al.*, 2001). La comunicación se considera una habilidad clínica para promover la salud, diagnosticar, tratar, cuidar y rehabilitar (Ammentorp, Sabroe, Kofoed y Mainz, 2007).

Con este propósito, los programas de intervención en



habilidades de comunicación han tenido un impacto significativo y positivo sobre las mejoras a nivel de salud, reducción de síntomas en los pacientes y bienestar psicológico. Además se han relacionado con un incremento de la autoeficacia entre los profesionales (Ammentorp *et al.*, 2007) y con la calidad de las estrategias de escucha activa y con el inicio y frecuencia de estas habilidades (Edwards, Peterson y Davies, 2006). Los programas de intervención dirigidos a disminuir los conflictos, en enfermería psiquiátrica, han mostrado resultados positivos, disminuyendo la agresión y mejorando el clima entre los pacientes y enfermería (Bowers, Brenan, Flood, Lipang y Oladapo, 2006).

Dentro de las estrategias de prevención, una propuesta interesante son los llamados hospitales magnéticos, que siguen las directrices estándar de la Nursing World (2001) (Budge *et al.*,

2003).

Estas organizaciones saludables se caracterizan por realizar esfuerzos intencionales, sistemáticos y de colaboración, para maximizar el bienestar de los trabajadores y la productividad. Se crean trabajos bien diseñados y significativos, un entorno socio-laboral de apoyo y, oportunidades equitativas y accesibles de carrera así como, la conciliación trabajo-familia (Wilson, De Joy, Van den Berg, Richardson y McGrath, 2004).

Este tipo de hospitales promueve la permanencia de la plantilla y la atracción de nuevos profesionales. Factores como la autonomía de los profesionales de enfermería, el control del puesto y las relaciones con los médicos son significativamente altas en estos hospitales teniendo consecuencias positivas tanto para la plantilla como para los pacientes (Aiken y Patrician, 2000).



Además, la calidad de la comunicación es significativamente más alta, tanto con el equipo como con la dirección de enfermería y los médicos, encontrado bajos niveles de estresores de rol (Stordeur *et al.*, 2007).

En definitiva, las estrategias de prevención de los conflictos en el ambiente laboral, deben fomentar el apoyo entre la plantilla de trabajadores y el trabajo en equipos interdisciplinares, ya que de esta forma se favorece las relaciones positivas y el trabajo efectivo (Payne, 2001).

A nivel metodológico, los estudios longitudinales son necesarios con el fin de conocer la causalidad existente entre el propio conflicto y su manejo, con el surgimiento de problemas de salud. Por último, los estudios deberían diferenciar entre los diferentes tipos de conflictos con el fin de evaluar su influencia

independiente sobre las dimensiones del SQT (De Creu *et al.*, 2004).

### **1.5.3 Procesos derivados de la organización**

#### **1.5.3.1 Sobrecarga laboral**

Debido a los cambios sociodemográficos y políticos se ha producido paralelamente un incremento de la población y un aumento de la demanda en un contexto laboral no correspondido con la dotación de recursos disponibles.

Frente al incremento de demandas relacionadas con el puesto de trabajo, se produce situaciones de sobrecarga cuantitativa y cualitativa relacionada con el trabajo. La sobrecarga laboral es un estresor significativo asociado a una variedad de reacciones de



deterioro psicológico, incluyendo el SQT, en muy diferentes muestras de trabajadores (Greenglass, Burke y Moore, 2003). En particular, la sobrecarga laboral tiene una incidencia determinante como fuente de estrés crónico en enfermería. La escasez de instituciones, medios y de personal en las plantillas conlleva situaciones de sobrecarga cuantitativa, que implica un exceso de trabajo con escaso tiempo para desarrollarlo (Greenglass *et al.*, 2003).

Otra fuente de sobrecarga vinculada a la escasez de recursos, resultado de los cambios sociodemográficos, es el desequilibrio entre la actividad para la que los profesionales han sido formados y la que se les pide que realicen. Esto conlleva situaciones crónicas de disfunciones de rol. La escasez de recursos materiales y humanos provoca situaciones de sobrecarga laboral

cuantitativa que influyen, de manera significativa, en el desarrollo del SQT (Gil-Monte, 2005; Noval, 2002), incrementando particularmente los niveles de agotamiento emocional de los profesionales (Van Dick y Wagner, 2001; Lackritz, 2004).

Por otro lado, los cambios en las condiciones tecnológicas conllevan situaciones de sobrecarga cualitativa, entendida como el hecho de tener excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador.

Estudios empíricos cuantitativos han obtenido relaciones significativas entre sobrecarga laboral y SQT estimado mediante el MBI en profesionales de enfermería (Zellars, Perrewé y Hochwarter, 2000). El efecto de las demandas cuantitativas del trabajo sobre la persona se ha estudiado en diversas investigaciones, permitiendo concluir que el SQT es una respuesta



a la sobrecarga laboral (Maslach *et al.*, 2001).

Otros estudios señalan que la sobrecarga laboral es uno de los principales antecedentes del SQT, con una prevalencia estimada de 71,69% (Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro, 1998).

Según el modelo desarrollado por Gil-Monte y Peiró (1998) la sobrecarga percibida aumenta los niveles de SQT porque incrementa los sentimientos de agotamiento emocional. Por otro lado, si los profesionales perciben que carecen de las destrezas y habilidades necesarias para realizar las tareas (sobrecarga cualitativa) es muy posible que desarrollen baja realización personal en el trabajo. Parece existir una tendencia según la cual la relación entre sobrecarga en el trabajo y agotamiento emocional resulta más intensa que la relación entre sobrecarga y las otras dimensiones del MBI (Demerouti *et al.*, 2000, Gil-Monte, 2002 b).

Siguiendo a Bakker *et al.* (2005), los estresores relacionados con las demandas en el trabajo (sobrecarga laboral) serían predictores más significativos de agotamiento emocional, mientras que los relacionados con los recursos disponibles predecirían despersonalización o cinismo y baja realización personal en el trabajo o eficacia profesional.

Diversos estudios corroboran la relación positiva y significativa entre sobrecarga y agotamiento emocional (Hallberg *et al.*, 2007; Janssen, 2000), pero no se observan relaciones significativas con realización personal en trabajo, (Bakker *et al.*, 2005, Janssen, 2000) ni con despersonalización o cinismo (Hallberg *et al.*, 2007, Janssen, 2000). Sin embargo, también se han obtenido relaciones significativas entre sobrecarga y realización personal en el trabajo (Richarsen, Burke y Leiter, 1992), y entre



sobrecarga y despersonalización (Posig y Kickul, 2003).

Lee y Ashforth (1996) obtuvieron una correlación media de .65 para la relación entre sobrecarga y agotamiento emocional, de .09 con realización personal, y de .34 con despersonalización.

En la revisión realizada por Schaufeli y Enzmann (1998), la carga laboral y la presión en el trabajo explicaban cerca de un 25-50 % de la varianza del SQT, especialmente en sentimientos de agotamiento emocional. En la revisión de Lee y Ashforth (1996) estas mismas variables explicaban 42 % (6 estudios) y 25% (5 estudios) de la varianza en agotamiento emocional.

Sin embargo, a pesar de lo expuesto y de la evidencia empírica de la relación existente entre sobrecarga laboral y SQT, algunos estudios no encuentran esta relación significativa probablemente, tal y como explican los autores, por las

características de la muestra en las que los estresores relacionales explicaban la mayor parte de varianza en las dimensiones del MBI (Payne, 2001).

Otros estudios encuentran una relación inversa a la esperada en el sentido de que la sobrecarga laboral se asocia negativamente con el SQT (Elloy, Terpening y Kohls, 2001).

La sobrecarga laboral como variable organizacional se ha estudiado en relación a otros estresores como autonomía (Hallberg, Johansson y Schaufeli, 2007) y nuevas tecnologías (Salanova *et al.*, 2000). Ambas variables, autonomía y sobrecarga, en el estudio mencionado de Hallberg *et al.* (2007) explicaban conjuntamente 14% de la varianza en compromiso organizacional, 22% de agotamiento emocional y 9% en cinismo.

Por otro lado, la sobrecarga laboral es un estresor



significativo asociado a una variedad de reacciones de deterioro psicológico, incluyendo el SQT, y de deterioro físico y organizacional como compromiso organizacional (Hallberg *et al.*, 2007), absentismo por enfermedad (Rauhala, Divina, Fagerstro, Elovainio, Virtanen, Batear, *et al.*, 2007), habilidades de organización (Perrewé, Zellars, Rossi, Ferris, Kackmar, Liu, Zinko, *et al.*, 2005), en diferentes muestras de trabajadores (Greenglass *et al.*, 2003).

La satisfacción con la carrera profesional (Bettes, Chalas, Coleman y Schulkin, 2004) o la confianza en la dirección (Harvey, Kelloway y Duncan-Leiper, 2003) se han señalado como variables mediadoras de los efectos de las sobrecarga laboral sobre el individuo.

En profesionales de enfermería, la sobrecarga laboral conlleva problemas psicológicos asociados como cinismo, agresividad, agotamiento emocional, y baja eficacia profesional (Greenglass *et al.*, 2001, 2003).

Además, se ha relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva (Greenglass *et al.*, 2003), insatisfacción laboral, incertidumbre, bajo poder de decisión de la autoridad (Van den Berg, Landerweerd, Tummers y Van Merode, 2006). y fatiga física (Shirom, Nirel y Vinokur, 2006).

Mas allá, de las consecuencias sobre la salud y los niveles de absentismo en la organización, la sobrecarga laboral excesiva en enfermería se asocia con insatisfacción laboral, calidad deficiente en el cuidado y consecuencias negativas para los pacientes (Rauhala *et al.*, 2007).



En conclusión, las investigaciones muestran como la sobrecarga laboral es un predictor claro de agotamiento emocional, que no sólo tiene consecuencias negativas sobre la salud del trabajador sino que puede suponer un importante coste económico para las empresas (Greenglass *et al.*, 2003) en términos de absentismo, consultas de médicos, movilidad funcional de los trabajadores y baja productividad.

Por otro lado, existe un déficit por lo que respecta a estudios longitudinales (Van Dick y Wagner, 2001) que utilicen muestras del colectivo de enfermería y que pongan de manifiesto la relaciones entre el SQT y la sobrecarga laboral.

### **1.5.3.2 Disfunciones de rol: conflicto y ambigüedad de rol**

La profesión de enfermería se encuentra en la actualidad, atravesando un periodo de crisis que implica la redefinición y/o afirmación de su rol. El rol laboral es un proceso que puede ser adoptado o adquirido dentro de la organización a través de las negociaciones y transacciones que se producen entre las personas.

El proceso de rol que sustenta una persona se refiere a la posición que tiene en la estructura social y a las expectativas generadas en los otros retroalimentadas por las conductas del propio sujeto. En ocasiones, los roles pueden conllevar disfunciones que son fuente de estrés en particular en las burocracias profesionalizadas.



El estrés de rol recoge tres aspectos: conflicto de rol, ambigüedad y sobrecarga de rol (Örtqvist y Wincent, 2006).

Por conflicto de rol, se entiende la presencia de expectativas y demandas incompatibles emitidas sobre un sujeto. No es un conflicto interpersonal sino un conflicto entre expectativas reales o esperadas que en cualquier caso no pueden ser satisfechas.

La ambigüedad de rol se debe a la incertidumbre por la falta de información necesaria para desempeñar un determinado rol en la organización. La ambigüedad puede manifestarse a nivel del establecimiento de límites en las competencias, procedimientos y métodos para desempeñarlas, evaluación y expectativas del propio desempeño (Gil-Monte, 2005).

Por último, la sobrecarga de rol se produce cuando el

tiempo y los recursos no permiten alcanzar las expectativas generadas de realización y obligación para desarrollar plenamente el rol asumido (Örtqvist y Wincent, 2006).

Siguiendo la teoría transaccional, el estrés es el resultado de un proceso psicológico mediado por la construcción que realiza la persona de un determinado estresor, de forma que la exposición a estresores de rol impide funcionar con efectividad al incrementar las demandas frente a los recursos que dispone el trabajador.

Se han encontrado relaciones significativas para conflicto y ambigüedad de rol y el SQT en diferentes colectivos como: sanidad (Kilfedder *et al.*, 2001), trabajadores sociales (Um y Harrison, 1998), sector empresarial (Tetrick, Slack, Da Silva y Sinclair, 2000), empleados de banca (Karatepe, Yavas, Babakus y Avci, 2006).



El conflicto de rol se asocia significativamente con agotamiento emocional entre profesores (Boles *et al.*, 2000) profesionales de enfermería (Piko, 2006, Leiter y Maslach, 1988), y abogados públicos (Jackson, Turner y Brief, 1987). También se ha relacionado con profesiones no consideradas de ayuda a personas (Posig y Kickul, 2003; Mohr y Puck, 2007).

Entre las variables del entorno organizacional, el conflicto de rol y la ambigüedad de rol han sido ampliamente estudiadas en relación al SQT, mostrando moderadas a altas correlaciones (Maslach *et al.*, 2001).

Respecto al conflicto de rol, en los profesionales de enfermería, aparece una relación significativa entre éste y las distintas dimensiones del MBI. Esta relación es positiva entre conflicto de rol y agotamiento emocional y conflicto de rol y

despersonalización, mientras que es negativa entre conflicto de rol y realización personal en el trabajo (Piko, 2006)

La variable conflicto de rol resulta un predictor positivo de agotamiento emocional (.35,  $p < .001$ ) y despersonalización (.34,  $p < .001$ ), pero no resulta significativa para realización personal en el trabajo (Piko, 2006).

En el metanálisis realizado por Örtqvist y Wincent (2006), por orden de importancia se sitúa la sobrecarga de rol en primer lugar como la relación más importante con el agotamiento emocional, en segundo lugar la ambigüedad de rol y por último, la relación con el conflicto de rol es la más débil. Con respecto a la realización personal en el trabajo, la única relación que se encuentra es con la ambigüedad de rol no siendo significativa ni con el conflicto de rol ni con la sobrecarga de rol. En tercer lugar,



respecto a la despersonalización, la ambigüedad de rol y la sobrecarga de rol mantienen una relación positiva con despersonalización, pero no hay efectos significativos con conflicto de rol.

El grueso de las investigaciones considera que el conflicto de rol es un predictor más intenso del componente emocional del SQT (agotamiento emocional) mientras que la variable ambigüedad de rol es un predictor más intenso del componente cognitivo del SQT (baja realización personal en el trabajo) (Gil-Monte, 2005). Esta tendencia puede ser debida a que el conflicto de rol responde a un componente de carácter emocional mientras que la ambigüedad de rol provocaría respuestas con componentes cognitivo-aptitudinales.

El agotamiento emocional se ha estudiado habitualmente como una consecuencia del estrés de rol, probablemente porque las experiencias de estrés hacen peligrar los recursos emocionales (Posig y Kickul, 2003). El estrés de rol en sus tres facetas es importante en relación con la realización personal en el trabajo (Peiró *et al.*, 2001). De hecho, implica una medida de los sentimientos de inadecuación de la persona con su rol en el trabajo. Y en relación con las actitudes de despersonalización, estas se han entendido como una estrategia defensiva que crea una protección emocional (Maslach y Goldberg, 1998).

Diversos estudios relacionan conflicto de rol como un antecedente del SQT (Lee y Ashforth, 1996; Peeters, Montgomery, Bakker, y Schaufeli, 2005). La falta de expectativas y demandas congruentes puede inducir reacciones emocionales negativas,



disminuir la efectividad y la satisfacción laboral y disminuir la permanencia del trabajador en la organización (Piko, 2006).

Además es un estresor organizacional que se relaciona significativamente con otros estresores, entre ellos incertidumbre, insatisfacción laboral, *strain* psicológico y tendencia al abandono (Perrewé *et al.*, 2002).

De hecho, se ha encontrado que las habilidades organizacionales y el apoyo organizacional percibido son estrategias de afrontamiento (Hobfoll, 1989) pueden impedir el SQT y moderar la relación entre el conflicto de rol y el SQT (Brotheridge, 2001).

Por su parte, el supervisor representa una fuente de apoyo que media entre los estresores de rol y el agotamiento emocional fortaleciendo esta relación. En algunos estudios, se ha encontrado

que el supervisor puede actuar como una fuente de sobrecarga de rol, produciéndose un efecto de amortiguación inverso entre conflicto de rol y agotamiento emocional (Posig y Kickul, 2003). Idénticos efectos se han encontrado con la ambigüedad de rol (Beehr *et al.*, 2003).

La ambigüedad de rol también aparece relacionada en la literatura con el SQT. La relación entre ambigüedad de rol y agotamiento emocional y despersonalización, es positiva, siendo negativa la relación entre ambigüedad de rol y realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1998).

Las investigaciones sobre el estrés de rol lo han relacionado de manera extensa con una serie de consecuencias. Se relaciona negativamente con satisfacción laboral (Piko, 2006), compromiso organizacional (LeRouge, Nelson y Blanton, 2006), y rendimiento;



y positivamente con propensión al abandono y tensión (Örtqvist y Wincent, 2006). Además, el estrés de rol se ha estudiado con un amplio rango de sintomatología psicológica (Posig y Kickul, 2003) y física (Cordes y Dougherty, 1993) incluyendo el SQT.

En general, los estudios muestran las relaciones esperadas: existe mayor SQT en función de las horas trabajadas por semana, la calidad de la interacción con los clientes y en función de la gravedad de los problemas de los clientes. El estrés de rol repercute directamente sobre la tensión laboral, reduce la satisfacción aumentando las probabilidades de abandonar el trabajo y aumenta las disfunciones relacionales a nivel cualitativo y cuantitativo con compañeros, supervisores y usuarios.

## **1.6 Consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo**

### **1.6.1 Satisfacción laboral**

La satisfacción del trabajador y su implicación en el trabajo forman parte del desarrollo organizacional de la empresa por lo que las organizaciones precisan ajustar las necesidades de la organización con las propias de los individuos que trabajan en ellas. De manera, que la satisfacción laboral se considera un constructo muy importante en psicología organizacional y del trabajo, por su papel mediador entre las condiciones laborales y las consecuencias organizacionales e individuales (Dormann y Zapf, 2001).

Aunque existen diferentes maneras de abordar el estudio sobre satisfacción laboral, todas las definiciones coinciden en señalar que es un constructo multidimensional. La **satisfacción laboral** se



define como una respuesta afectiva hacia el trabajo en general o hacia alguna faceta del mismo o, como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto (Locke, 1976).

Diversos estudios de carácter correlacional han constado la relación inversa existente entre SQT, tanto unidimensional como tridimensional, y la satisfacción laboral. En general, se consideran dos constructos multidimensionales que representan respuestas afectivas diferentes al trabajo, aunque altamente relacionadas.

El estudio de la satisfacción laboral y el SQT ha planteado problemas metodológicos, ya que se han utilizado tradicionalmente medidas univariadas de ambos constructos o se ha decidido emplear una medida general sin tener en consideración las diversas variables contextuales que pueden influir en el proceso (Tsigilis, Kooustelios y

Togia, 2004).

Por otro lado, en los modelos de estrés laboral, existe cierta discrepancia en cuanto a la ubicación de la satisfacción laboral, ya sea como antecedente, como variable mediadora o como consecuente del SQT. En España, los resultados de algunos estudios apoyan la hipótesis del rol mediador que juegan las actitudes laborales entre las variables sociodemográficas y del puesto y el SQT (Durán, Extremera y Rey, 2001).

Al tomar en consideración las tres dimensiones del SQT la relación más intensa suele encontrarse entre el agotamiento emocional y la satisfacción laboral (Tsigilis *et al.*, 2004; Kalliath y Morris, 2002; Durán *et al.*, 2001).

Por su parte, otros estudios, como el de Garmann, Corrigan y Morris (2002) examinan el SQT y su relación con la satisfacción



laboral con resultados diferentes. Los autores, en una muestra de equipos de rehabilitación psicosocial, encuentran relaciones significativas entre la satisfacción del paciente y el SQT de los trabajadores. Los sentimientos de agotamiento emocional mantienen la relación más fuerte con la satisfacción del cliente.

En relación también con la satisfacción del cliente, Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas (2004) señalan que el SQT en enfermería hospitalaria repercute sobre la satisfacción de los pacientes. En este trabajo, el SQT en enfermería se medía por los sentimientos de agotamiento emocional y la baja realización personal en el trabajo, que influían en la satisfacción de los pacientes en su cuidado. Concluyen que un ambiente laboral adecuado, con recursos disponibles, apoyo administrativo para la práctica de la profesión y buenas relaciones entre los médicos y los

profesionales de enfermería, disminuyen los niveles de agotamiento emocional del personal y aumentan la satisfacción de los pacientes.

Visser, Smets, Oort y de Haes (2003) en el estudio llevado a cabo con médicos especialistas concluyen que la satisfacción laboral protegería de las consecuencias negativas del estrés. Además, las variables organizacionales resultan más importantes que las variables personales en la predicción tanto de satisfacción como de estrés laboral. El SQT se explica conjuntamente por los altos niveles de estrés y la baja satisfacción laboral (41 % varianza explicada), ambas variables son predictores significativos de agotamiento emocional (41 % varianza explicada), aunque fueron menos significativos con despersonalización (13 % varianza explicada) y realización personal en el trabajo (11 % varianza explicada).



De cara al diseño de las intervenciones, el estudio apunta el papel central del agotamiento emocional sobre la calidad del servicio y la posible mejoría de la satisfacción percibida del tratamiento al intervenir sobre los sentimientos de realización personal de los trabajadores. La influencia directa en modelos estructurales de la realización personal en el trabajo se ha considerado principal en otros estudios (Gil-Monte, Valcárcel y Zornoza, 1995).

Al analizar la relación de la satisfacción laboral con el SQT, las investigaciones consideran diversas variables que influyen en el proceso. Así, en el entorno laboral de enfermería, se ha destacado la autonomía, el control y las relaciones profesionales en relación con salud, motivación laboral y satisfacción laboral (Van den Berg *et al.*, 2006, Budge, Carryer y Wood, 2003).

La organización del trabajo de los profesionales de enfermería (reparto de pacientes, plan individualizado de tratamiento, comunicación escrita profesional-paciente) (Tyson, Lambert y Beattie, 2002) y las actitudes que se desarrollan tanto respecto a la unidad (Verplanken, 2004) como hacia el trabajo (Kovner, Brewer, Wu, Cheng y Suzuki, 2006) se han relacionado positivamente con la satisfacción laboral en profesionales de enfermería.

Otra variable estudiada en relación a la satisfacción laboral ha sido la inclinación al absentismo y el absentismo (Piko, 2006). En comparación con otras profesiones, entre los trabajadores sanitarios, se observan bajos niveles de satisfacción laboral, que se relacionan en enfermería con alto movimiento de personal y la edad de las personas que dejan el trabajo, habitualmente jóvenes.



Una de las actuales líneas de investigación sobre satisfacción laboral trata de determinar el carácter multidimensional de la satisfacción laboral y su relación con otras variables como el bienestar psicológico o el compromiso con la organización en la generación del SQT.

En la investigación organizacional, la satisfacción normalmente se considera una actitud multidimensional (afectivo-cognitiva) circunscrita al ámbito laboral, mientras que, el bienestar o la felicidad de la persona recoge aspectos extralaborales (Wright y Cropanzano, 2000). A pesar de estas consideraciones, la satisfacción se ha medido prácticamente por su componente cognitivo, mientras que el bienestar alude a la parte afectiva casi exclusivamente.

Otros estudios tratan de determinar el papel del compromiso organizacional en el binomio satisfacción-SQT. Algunos autores,

apuntan que el SQT puede desarrollarse justamente por un alto compromiso con el trabajo (Elloy *et al.*, 2001). En esta línea, Clugston (2000) plantea que el compromiso actúa como mediador en la relación entre la satisfacción laboral y la propensión al absentismo. El modelo planteado por el autor pone a prueba simultáneamente la satisfacción laboral, la propensión al abandono y el componente multidimensional del compromiso: afectivo, entendiendo este como un proceso actitudinal por el que el trabajador experimenta una congruencia entre sus objetivos y valores y los de la organización, continuidad en la organización y el compromiso normativo como lealtad hacia la organización. Los resultados muestran un efecto directo de la satisfacción laboral sobre la propensión al abandono. Por otro lado, la satisfacción laboral tiene un impacto positivo sobre los tres componentes de compromiso organizacional. Los datos



confirman la existencia de una mediación parcial del compromiso organizacional entre la satisfacción laboral y la inclinación al absentismo.

Tras la revisión de la literatura, se puede concluir que existe evidencia empírica de la relación existente entre la satisfacción laboral y el SQT. Ambos son conceptos multidimensionales que deben medirse como tales teniendo en cuenta la especificidad situacional y las diferencias individuales determinadas por el contexto laboral. Futuros estudios deberían diseñarse en base a modelos multivariados y plantear estudios longitudinales que permitan diseñar programas de intervención de cara a mejorar la satisfacción laboral y disminuir el SQT.

### **1.6.2 Problemas de salud**

Las alteraciones psicológicas, fisiológicas y conductuales del proceso de estrés laboral están íntimamente relacionadas con los problemas de salud. Ambas forman parte de un continuo, en el que se podría hablar de respuestas cuando los síntomas son percibidos por el sujeto pero no alteran significativamente su ritmo de vida habitual, y se empezaría a hablar de consecuencias cuando ese ritmo se ve significativamente alterado e incluso es imposible desempeñarlo (caso de infarto de miocardio, hipertensión crónica, diabetes, depresión, asma) (Gil-Monte, 2005).

Las consecuencias individuales se identifican con una sintomatología que engloba a todos los sistemas del organismo, aunque se resume en cuatro grandes grupos en función de sus



manifestaciones: emocionales, actitudinales, conductuales y psicósomáticas (Gil-Monte y Peiró, 1997 a) Entre ellas, la frecuencia de síntomas psicósomáticos, parece ser un buen indicador de problemas de salud relacionados con procesos psicológicos, muy frecuentemente en la profesión de enfermería (Piko, 2006).

La incidencia del estrés sobre la salud es compleja y puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicofisiológicos), aunque también puede influir de modo indirecto, a través de conductas no saludables o estrategias de afrontamiento nocivas, como beber alcohol y conductas de riesgo, así como inhibir conductas relacionadas con la salud (Guerrero, 2003).

Existen diferentes estudios que han puesto de manifiesto que existe una relación significativa entre SQT y los problemas de salud percibidos por los individuos (Hätinen, Kinnunen, Pekkonen y Aro, 2004; Honkonen, Ahola, Pertovaara, Isometä, Kalimo, Nykyri *et al.*, 2006).

Los resultados se han replicado en diversos estudios y, aunque existe una gran disparidad en los instrumentos utilizados, como indica Gil-Monte (2002 a), las correlaciones más intensas se establecen entre agotamiento emocional y problemas de salud (min.  $r = .46$ , máx.  $r = .58$ ), y son menos intensas entre problemas de salud y despersonalización (min.  $r = .27$ , máx.  $r = .36$ ), siendo las correlaciones más débiles para la escala de realización personal en el trabajo (min.  $r = -.18$ , máx.  $r = -.26$ ).



El autor citado señala que las emociones son un importante mediador en las enfermedades por estrés, de modo que el agotamiento emocional actúa como variable mediadora y antecedente en el desarrollo de las alteraciones psicosomáticas y de los problemas de salud (Gil-Monte, Nuñez-Román y Selva-Santoyo, 2006).

Honkonen *et al.*, (2006) señalan que las enfermedades físicas se relacionaban con las tres dimensiones del SQT. Aunque, Piko (2006) concluye que los sentimientos de agotamiento emocional son el único predictor significativo de síntomas psicosomáticos en una muestra de enfermería.

De manera que a la luz de los resultados señalados, el agotamiento emocional muestra una relación independiente y significativa con las cuatro medidas de salud física y psicológica

(quejas somáticas, de síntomas postraumáticos y de ideación suicida) y el bienestar (Burke y Mikkelsen, 2006), tanto de forma directa (Maslach *et al.*, 2001; Leiter, 2005) como indirecta (Leiter, 2005). Además en consecuencia tiene efectos significativos sobre el absentismo, medido como bajas por enfermedad y número de días de baja.

Por otro lado, el cinismo se ha relacionado también con la presencia de ideación suicida y, la baja realización personal en el trabajo con el desarrollo de sintomatología postraumática (Burke y Mikkelsen, 2006).

El SQT parece ser una experiencia posterior a la experiencia subjetiva y crónica del estrés laboral, y por tanto antecedente de las consecuencias de estrés sobre la salud de los trabajadores.



Las relaciones entre SQT y la falta de salud (palpitaciones, jaquecas, mareos, alteraciones gastrointestinales etc.), y entre el SQT y la tensión emocional (enfado, confusión, sentirse nervioso, irritabilidad etc.) se han encontrado significativas y positivas para los profesionales de enfermería.

Según los estudios revisados, la mayor correlación entre el SQT y la sintomatología psicósomática se da en forma de alteraciones de tipo cardíaco (palpitaciones y taquicardia) (Gil-Monte *et al.*, 2006). La asociación entre el SQT y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares proviene de estudios de casos control transversales y estudios longitudinales. Se desprende de estos estudios, que el riesgo relativo asociado con el SQT es igual e incluso a veces excede el riesgo real atribuido clásicamente a factores de riesgo (años, fumar, hipertensión, niveles de lípidos)

(Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006).

Existe suficiente evidencia empírica que sugiere que niveles elevados de estrés en el trabajo se asocian con factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares (Kinnunen, Feldt, Kinnunen, Kaprio y Pulkkinen, 2006) y presentar niveles elevados de presión arterial (Landsbergis, Schnall, Belkic *et al.*, 2003).

Honkonen *et al.* (2006) señalan que el SQT se asocia con trastornos musculoesqueléticos en las mujeres y con enfermedades cardiovasculares en los hombres. En este estudio se concluye que la prevalencia de las enfermedades físicas es mayor en función del incremento de los niveles de SQT. En concreto, la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos y cardiovasculares se incrementa en función de la severidad de las tres dimensiones del



SQT, para el agotamiento emocional y el cinismo y, baja realización profesional en el trabajo.

Otra línea de estudio, ha relacionado, variables de personalidad como la conducta tipo A (ambición, competitividad, falta de tiempo, impaciencia y hostilidad) con un amplio rango de problemas de salud (enfermedades cardiovasculares, quejas psicosomáticas, agotamiento, SQT y conductas nocivas para la salud como el consumo elevado de tabaco y alcohol).

La conducta tipo A como constructo global se asocia positivamente con compromiso organizacional y SQT, aunque sólo explica 2% de la varianza de compromiso (Hallberg *et al.*, 2007).

Utilizando las dimensiones de la conducta tipo A, el estudio señala que la irritabilidad / hostilidad, característica de este patrón de conducta, podría ser la causa del desarrollo de enfermedades

aunque no queda establecida la causalidad entre las variables. Esta dimensión de la conducta tipo A se asocia significativamente con agotamiento emocional y con cinismo.

Richardsen, Burke y Martinussen (2006), en la misma línea que el estudio anterior, encuentran que tanto el cinismo ( $r = -.26$  y  $r = .57, p < .001$ ) como el compromiso ( $r = .45, p < .01$  y  $r = -.33, p < .001$ ) se relaciona con la conducta tipo A en sus dos dimensiones (realización de éxito e impaciencia/ irritabilidad). La variable de cinismo esta fuertemente relacionada con las consecuencias de salud, y se asocia con niveles incrementados de problemas de salud, reducido compromiso y eficacia. Se encontraron relaciones directas entre la conducta tipo A, las demandas del trabajo y los problemas de salud, y la autoeficacia.



Otras variables se han estudiado con el fin de valorar su relación con las consecuencias del estrés sobre la salud. Por ejemplo, Langelaan, Bakker, van Doornen, y Schaufeli (2006), encuentran que las personas que experimentan SQT se caracterizan por un alto grado de neuroticismo en comparación con los que no tienen SQT, además las personas que se sienten comprometidas con el trabajo se caracterizan por un bajo grado de neuroticismo y un alto grado de extraversión.

También se ha planteado que la variable *empowerment* presenta una correlación negativa y significativa con todas las dimensiones de salud general medidas con el GHQ-28 (Hochwälder, Bergsten y Brucefors, 2005), encontrando relaciones significativas con otras variables del puesto como autonomía, control y relaciones interpersonales (Budge *et al.*, 2003).

Algunos estudios, se han centrado en los correlatos fisiológicos del SQT, principalmente en las desviaciones producidas en el funcionamiento endocrino (Mommersteeg, Heijnen, Verbraak y van Doornen, 2006; Sonnenschein, Mommersteeg, Houtveen, Sorbi, Schaufeli y van Doornen, 2007).

Finalmente, el SQT en profesionales de enfermería se ha relacionado significativamente con el desarrollo de patología psiquiátrica, (Coffey y Coleman, 2001). Concretamente, las conductas como el abuso de alcohol y drogas se ha relacionado con ansiedad, baja satisfacción laboral (Bennet *et al.*, 2001) y agotamiento emocional (Coffey y Coleman, 2001).

Así mismo, la relación entre el SQT y los niveles de depresión han sido corroboradas en diferentes estudios (Brenninkmeyer *et al.*, 2001; Sears, Urizar y Evans, 2000; Häätinen



*et al.*, 2004).

Otros factores relacionados con estresores del puesto como la sobrecarga y los factores relacionales como apoyo y conflictos interpersonales también muestran relaciones de signo negativo con la salud mental (Lambert *et al.*, 2004).

### **1.6.3 Absentismo laboral**

Una de las consecuencias más importantes para la organización hospitalaria es la alta tasa de absentismo laboral que existe entre los profesionales de enfermería, hasta un 2% de bajas referenciadas en algunos estudios (Hoschwälder *et al.*, 2005).

McGrath *et al.* (2003), en un estudio llevado a cabo con 171 profesionales de enfermería, encuentran que un 38% había

consultado al médico entre 1 y 3 veces en los últimos seis meses y

que un 18% habían estado en el hospital en el pasado año. Según este estudio, la media de absentismo en los últimos seis meses fue de tres días.

Debido a la repercusión económica y social del absentismo, las investigaciones se han centrado en estudiar las relaciones con el estrés laboral y el SQT, y así, evaluar el fenómeno y diseñar las estrategias de prevención.

Sin embargo, los estudios sobre el absentismo y sus causas muestran problemas métricos que acusan la difícil aprehensión del fenómeno. Por un lado, debido probablemente a su impacto estigmatizante, los índices de absentismo referenciados por el trabajador no se ajustan a la tasa de absentismo real, además las investigaciones no siempre tienen acceso a los datos oficiales (Goldberg y Waldman, 2000).



Por otro lado, en los estudios se ha considerado dos medidas diferentes del absentismo, en forma de frecuencia y en forma de duración ( $r = .45$  entre ellas, Bakker *et al.*, 2005).

La frecuencia del absentismo se refiere al número de veces o turnos que un trabajador se ausenta durante un periodo particular independientemente de su duración. En contraste, la duración del absentismo hace referencia a la cantidad de tiempo de ausencias independientemente de su número. Esta variable se considera un indicador del absentismo involuntario debido a problemas fuera del control del sujeto, como una enfermedad.

En tercer lugar, las investigaciones han buscado las causas de absentismo en las variables predictoras del mismo, pero no siempre se ha considerado el efecto acumulado de varias variables,

por lo que muchos estudios son análisis bivariados que no permiten establecer conclusiones definitivas. Goldberg y Waldman (2000) plantean la necesidad de estudiar el fenómeno desde los modelos multivariados para poder concluir el tipo de relación que se establece entre absentismo y las variables predictoras del mismo.

Por último, es necesario recurrir a los estudios longitudinales para conocer realmente la causalidad en la relación entre el SQT y el absentismo. Los estudios correlacionales plantean únicamente si existe o no relación entre las variables estresoras y el absentismo, pero no indican si realmente éste funciona como una medida de protección frente a los estresores, reduciendo el estrés o amortiguando los efectos de las condiciones laborales no satisfactorias (Hackett y Bycio, 1996). En estudios longitudinales se obtienen datos más fiables de los mecanismos de generación del



absentismo.

A pesar de las dificultades para medir la tasa de absentismo, los estudios que lo relacionan con el SQT son numerosos. Una primera línea de estudio, entiende el absentismo como una estrategia de afrontamiento frente al SQT, una forma de alejamiento y escape de una situación adversa, (Hackett y Bycio, 1996) o como un mecanismo para restaurar la equidad percibida recuperando el tiempo para realizar las tareas no relacionadas con el trabajo (Gorp y Schaufeli, 1993).

Otro de los modelos propuestos por los investigadores en el tema, plantea que el absentismo sería una respuesta conductual frente a algún aspecto no satisfactorio del trabajo, de manera que la insatisfacción laboral sería un antecedente del absentismo, centrándose en el papel de las barreras demográficas, laborales y

no laborales.

Ambas hipótesis tienen apoyo en la literatura (Goldberg y Waldman, 2000).

Bekker, Croon y Bressers (2005) encuentran una relación significativa entre agotamiento emocional y satisfacción laboral, y entre ésta y absentismo, en una muestra de enfermería. Sin embargo, en diversos estudios no se encuentran relaciones significativas entre la satisfacción laboral y el absentismo ni como antecedente ni como variable mediadora (Goldberg y Waldman, 2000, Erickson, Nichols y Ritter, 2000).

De esta forma, el absentismo se entiende como una reacción frente al estrés laboral al no poder afrontar las demandas impuestas. Considerar el absentismo una consecuencia del SQT, implica que la intención de dejar el trabajo es un predictor de la



acción que se produciría tras el desarrollo del síndrome.

Las dimensiones del SQT aparecen asociadas significativamente con actitudes y conductas de absentismo en diferentes estudios (Gil-Monte, 2002 b), aunque no suelen explicar más de un 2% de la varianza en absentismo (Bakker *et al.*, 2003).

El SQT cuando se estima mediante el MBI, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional, presenta relaciones significativas de carácter positivo con las intenciones del sujeto de dejar la organización (Glazer, 2005) y se asocia significativamente de manera positiva con el número de faltas en el trabajo en los profesionales de enfermería (Firth y Britton, 1989) y con el movimiento de personal (Richer, Blanchard y Vallerand, 2002; Bakker *et al.*, 2005).

En estudios longitudinales, la realización en el trabajo parece ser un predictor significativo de la tasa de absentismo evaluada 6 meses después (Iverson, Olekans, y Erwin, 1998).

En otro estudio longitudinal, Krausz, Koslowsky, Shalom y Elyakim (1995) encuentran que podría producirse un acercamiento progresivo al absentismo que iría desde la falta de puntualidad al absentismo y de éste, al movimiento de personal en el puesto de trabajo.

Por otro lado, se ha estudiado la relación entre el absentismo y las variables sociodemográficas, así como estas últimas y la satisfacción laboral. En el sector sanitario, se emplean más mujeres que varones (Evans y Steptoe, 2002), por lo que las diferencias de género en absentismo y estrés ocupacional constituyen un amplio campo de estudio, aunque se encuentran



resultados dispares.

Gil-Monte (2002 b) refiere diferencias significativas entre varones y mujeres en relación al absentismo en una muestra de enfermería. Los varones experimentaban significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que las mujeres y mayor inclinación al absentismo, siendo más altos los niveles de despersonalización entre los varones.

En otros estudios como el de Bakker *et al.* (2005) no se encuentran diferencias significativas entre los días de absentismo en función del género.

La edad se ha relacionado significativamente con la duración del absentismo, de manera que los trabajadores con más edad presentaban mayor duración en absentismo (Bakker *et al.*, 2005). En estudios longitudinales, la edad se relacionaba tanto en

el tiempo 1 como en el tiempo 2 con la intención de dejar el trabajo ( $\beta=-.33$  y  $\beta=-.18$ ) (Krausz *et al.*, 1995).

Erickson *et al.* (2000) plantean que la frecuencia del absentismo estaba moderada por las demandas provenientes de la familia. El SQT se relaciona más intensamente con los días de absentismo ( $r=-.23$ ,  $p\leq.001$ ), con la condición de tener niños menores de 6 años y con la dificultad en su cuidado ( $r = .19$ ,  $p\leq.01$ ). En este estudio, la satisfacción laboral y el compromiso organizacional no mantienen relaciones significativas con el SQT.

Así mismo, otros estudios, aunque con resultados contradictorios, plantean la influencia de las variables de salud sobre el absentismo (Goldberg y Waldman, 2000). Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Väänänen, Kalimo y Jäppinen (2005), en un estudio longitudinal de tres años de duración con trabajadores del



sector industrial, señalan que las tres dimensiones del MBI presentaban relaciones significativas con el absentismo, tanto si se considera el número de episodios como el número total de días de ausencia. En el estudio, el grupo identificado como alto SQT predecía los episodios futuros de absentismo por enfermedad, con un rango de 1.08 a 1.30. En concreto se incrementaba el riesgo de absentismo por desórdenes conductuales y mentales, por enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio, y por trastornos musculoesqueléticos. Considerando las dimensiones del SQT separadamente, el agotamiento emocional predecía el absentismo futuro debido a enfermedades circulatorias y enfermedades del aparato digestivo. En el grupo con puntuaciones altas y moderadas en cinismo, el riesgo de absentismo futuro se incrementaba por enfermedades del sistema digestivo.

En conclusión, el absentismo es un problema crónico de las organizaciones que implica altos costes financieros a las empresas y por el que, en concreto en la profesión de enfermería, se paga un alto precio en el cuidado del enfermo. El conocimiento de los mecanismos por el que una organización sufre altas tasas de absentismo es fundamental de cara a su prevención y a la elaboración de programas efectivos (Gaudine y Sacks, 2001).



## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS



En la introducción de este trabajo se ha desarrollado el contexto teórico y empírico en el que se encuadra el presente trabajo. A continuación, se plantean los objetivos del estudio y las hipótesis. Posteriormente, se realiza la descripción de la muestra, las variables consideradas y el procedimiento utilizado.

## **2.1 Objetivos del estudio**

Con el presente estudio se pretende alcanzar tres objetivos:

### **Objetivo I:**

El primer objetivo es analizar la estructura factorial del MBI-HSS (Maslach *et al.*, 1986)

### **Objetivo II:**

El segundo objetivo consiste en estudiar la prevalencia e incidencia del SQT, estimada mediante el MBI-HSS, en una



muestra de profesionales de enfermería que trabajan en diversos hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana.

### **Objetivo III:**

Por último, el tercer objetivo consiste en analizar la influencia de diversos procesos psicosociales en el desarrollo del SQT y sus consecuencias, mediante un estudio longitudinal.

## **2.2 Hipótesis del estudio**

En relación al **Objetivo I** se ha formulado la siguiente hipótesis:

**Hipótesis 1.** Se espera obtener una estructura de tres factores similar al modelo original del *MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey)* (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). El modelo de tres factores hipotetizado, siguiendo la

estructura factorial del modelo original del cuestionario, ajustará de manera adecuada a los datos del estudio.

En relación al **Objetivo II** no se ha formulado ninguna hipótesis, ya que se ha realizado un estudio exploratorio.

En relación al **Objetivo III** se ha formulado las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 2. La Autoeficacia será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 2.1.** Los niveles de autoeficacia en tiempo 1 (T1) se asociarán significativa y negativamente con los niveles de agotamiento emocional en tiempo 2 (T2).

**Hipótesis 2.2** Los niveles de autoeficacia en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de despersonalización en T2.



**Hipótesis 2.3** Los niveles de autoeficacia en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.

**Hipótesis 3. La Motivación para la ayuda será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 3.1.** Los niveles de motivación para la ayuda en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 3.2** Los niveles de motivación para la ayuda en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 3.3** Los niveles de motivación para la ayuda en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.

**Hipótesis 4. El Apoyo social será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 4.1.** Los niveles de apoyo social en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 4.2** Los niveles de apoyo social en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 4.3** Los niveles de apoyo social en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.



**Hipótesis 5. La Percepción de inequidad será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 5.1.** Los niveles de inequidad percibida en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 5.2** Los niveles de inequidad percibida en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 5.3** Los niveles de inequidad percibida en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.

**Hipótesis 6. Los Conflictos interpersonales será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 6.1.** Los niveles de conflictos interpersonales en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 6.2** Los niveles de conflictos interpersonales en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 6.3** Los niveles de conflictos interpersonales en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.



**Hipótesis 7. La Sobrecarga laboral será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 7.1.** Los niveles de sobrecarga laboral en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 7.2** Los niveles de sobrecarga laboral en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 7.3** Los niveles de sobrecarga laboral en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.

**Hipótesis 8. El Conflicto de rol será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 8.1.** Los niveles de conflicto de rol en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 8.2** Los niveles de conflicto de rol en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 8.3** Los niveles de conflicto de rol en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.



**Hipótesis 9. La Ambigüedad de rol será un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI.**

**Hipótesis 9.1.** Los niveles de ambigüedad de rol en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de agotamiento emocional en T2.

**Hipótesis 9.2** Los niveles de ambigüedad de rol en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 9.3** Los niveles de ambigüedad de rol en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de realización personal en el trabajo en T2.

**Hipótesis 10. Los niveles de agotamiento emocional y de realización personal en el trabajo serán antecedentes significativos de los niveles de despersonalización**

**Hipótesis 10.1.** Los niveles de agotamiento emocional en T1 se relacionarán de manera positiva y significativa con los niveles de despersonalización en T2.

**Hipótesis 10.2.** Los niveles de realización personal en el trabajo en T1 presentarán una relación negativa y significativa con la despersonalización en T2.

**Hipótesis 11. Las tres dimensiones del MBI serán antecedentes significativos de Satisfacción laboral**

**Hipótesis 11.1.** Los niveles de agotamiento emocional en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de satisfacción laboral en T2



**Hipótesis 11.2** Los niveles de despersonalización en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de satisfacción laboral en T2

**Hipótesis 11.3** Los niveles de realización personal en el trabajo en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de

**Hipótesis 12. Las tres dimensiones del MBI serán antecedentes significativos de Problemas de salud**

**Hipótesis 12.1.** Los niveles de agotamiento emocional en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de problemas de salud en T2

**Hipótesis 12.2** Los niveles de despersonalización en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de problemas de salud en T2

**Hipótesis 12.3** Los niveles de realización personal en el trabajo en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de problemas de salud en T2

**Hipótesis 13. Las tres dimensiones del MBI serán antecedentes significativos de Absentismo**

**Hipótesis 13.1.** Los niveles de agotamiento emocional en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de absentismo en T2

**Hipótesis 13.2** Los niveles de despersonalización en T1 se asociarán significativa y positivamente con los niveles de absentismo en T2

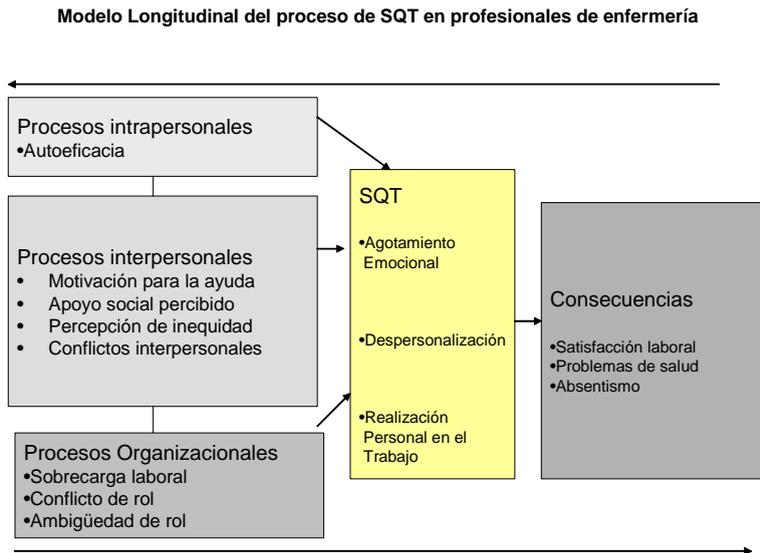
**Hipótesis 13.3** Los niveles de realización personal en el trabajo en T1 se asociarán significativa y negativamente con los niveles de absentismo en T2

Las relaciones entre las variables del estudio se representan en la



figura 1:

### Figura 1: Modelo longitudinal de SQT en profesionales de enfermería



### 3. MÉTODO





### **3.1. Diseño**

El estudio está basado en un diseño longitudinal dirigido a profesionales de enfermería de hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana, que cumplimentaron un cuestionario en el que las variables antecedentes del SQT y las variables consecuentes se midieron en dos momentos diferenciados por un espacio temporal de un año natural.

El cuestionario está basado en las escalas de Bäbler y Schwarzer (1996), Clark, Oulette, Powell y Milberg (1987), Karasek (1979), Rizzo, House y Lirtzman (1970), Maslach y Jackson (1981/1986), Meliá y Peiró (1989) y las escalas, elaboradas en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO), para evaluar el Apoyo social, los Conflictos interpersonales, los Problemas de salud y el Absentismo.

### 3.2 Descripción de la muestra

En el año 2001 se repartieron un total de 2321 cuestionarios en diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana. La tasa de respuesta del estudio en Tiempo 1 (en adelante, T1) fue del 31.37% recogiendo un total de 728 cuestionarios. De estos, 382 participantes accedieron a contestar el cuestionario de nuevo en Tiempo 2 (en adelante, T2) en el año 2002. Después de eliminar los casos no válidos (v.g., cuestionario entregado en blanco) la muestra de participantes en T2 fue de 316 sujetos con un porcentaje de respuesta del 83.77%. Entre T1 y T2 se perdieron 346 participantes, por lo que el porcentaje de casos perdidos fue de 47.52%.

Por tanto, la muestra se compuso por 316 profesionales de enfermería de diferentes hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana recogidos de manera no aleatoria.

Según la participación por hospitales la muestra tiene la composición que aparece reflejada en la Tabla 1. Por tipo de centro la composición de la muestra ha quedado como sigue: Hospital 1: Alzira 3,80% (n=12); Hospital 2: Alcoy 9,5 % (n=30);



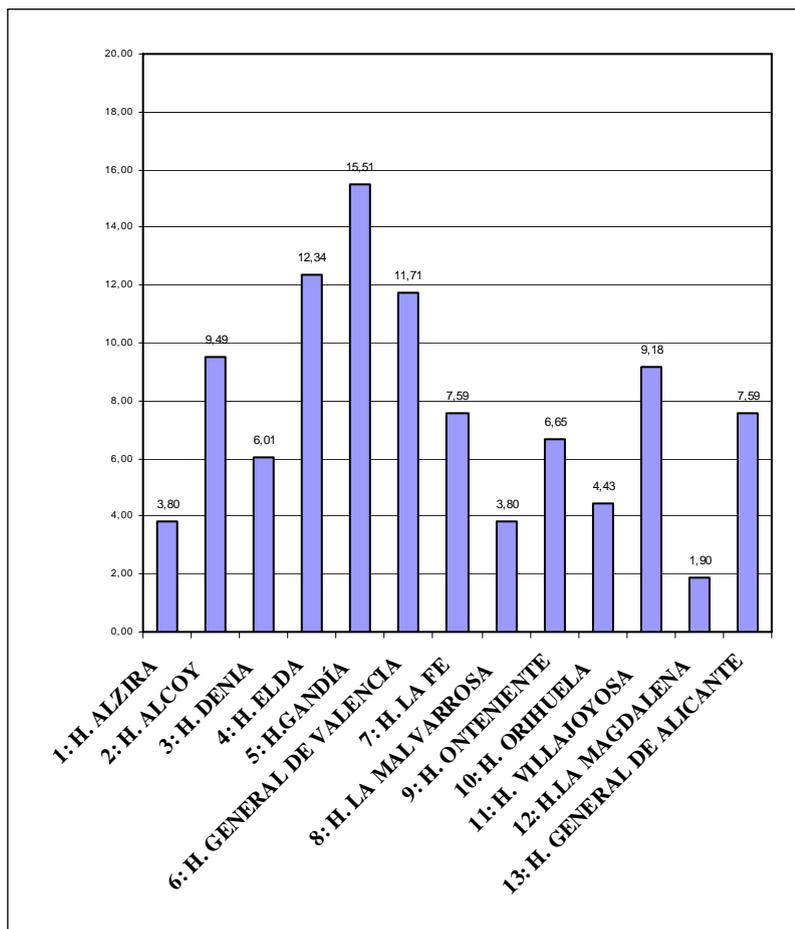
Hospital 3: Denia 6,01 %(n=19); Hospital 4: Elda 12,34 % (n=39);  
Hospital 5: Gandía 15,51% (n=49), Hospital 6: General de  
Valencia 11,71% (n=37); Hospital 7 : La Fe 7,59% (n=24);  
Hospital 8: La Malvarrosa 3,80% (n=12); Hospital 9: Onteniente  
6,65% (n=21); Hospital 10: Orihuela 4,43% (n=14); Hospital 11:  
Villajoyosa 9,18% (n=29); Hospital 12: La Magdalena 1,90%  
(n=6); Hospital 13: General de Alicante 7,59% (n=24), (Figura 2).

**Tabla 1. Número y porcentaje de sujetos por hospitales de la Comunidad Valenciana que participaron en el estudio**

<b>Hospital</b>	<b>Número de sujetos T2 (%)</b>
1- Alzira	12 (3,80 %)
2- Alcoy	30 (9,49 %)
3- Denia	19 (6,01 %)
4- Elda	39 (12,34 %)
5- Gandía	49 (15,51 %)
6- Hospital General de Valencia	37 (11,71 %)
7- La Fe	24 (7,59 %)
8- Malvarrosa	12 (3,80 %)
9- Onteniente	21 (6,65 %)
10- Orihuela	14 (4,43 %)
11- Villajoyosa	29 (9,18 %)
12- La Magdalena	6 (1,90 %)
13- Alicante	24 (7,59 %)
<b>Total de sujetos en la muestra n = 316</b>	<b>316 (100%)</b>



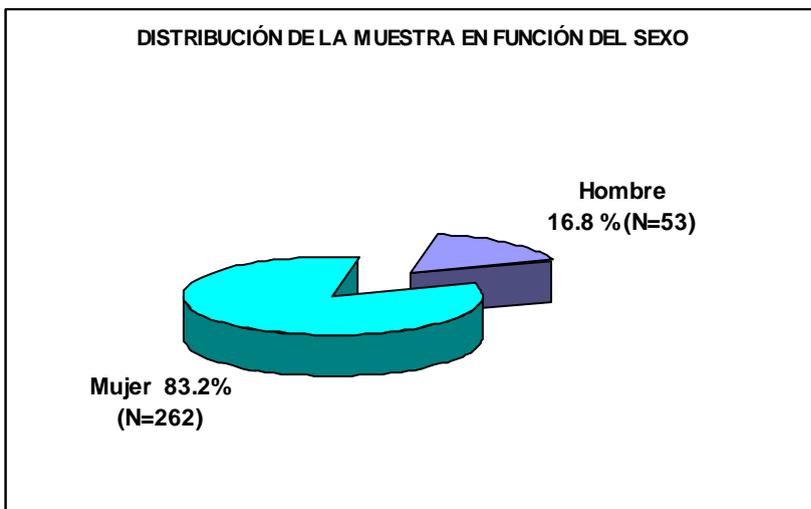
**Figura 2. Composición de la muestra en función del hospital**



Atendiendo a las **variables sociodemográficas** consideradas en el estudio la composición de la muestra presenta las siguientes características:

1. **Sexo.** Los participantes en el estudio fueron 53 hombres (16.8 %), 262 mujeres (83.2%), y en 1 cuestionario no se respondió a esta variable (0.3 %), (Figura 3).

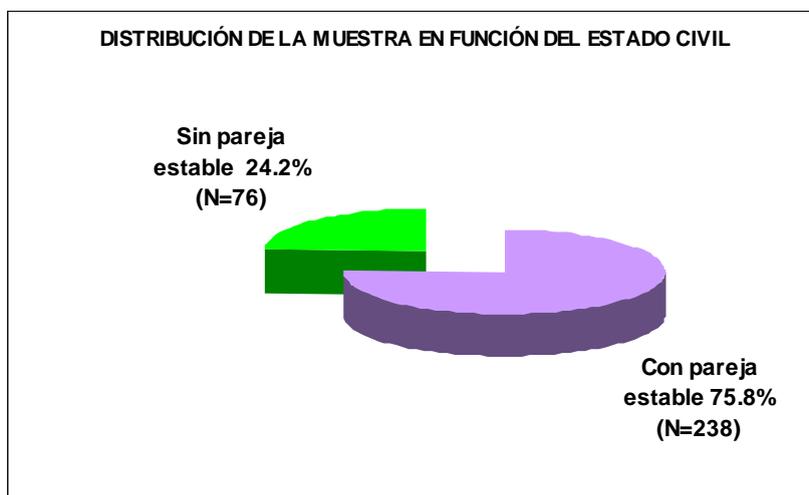
*Figura 3. Distribución de la muestra según la variable sexo*





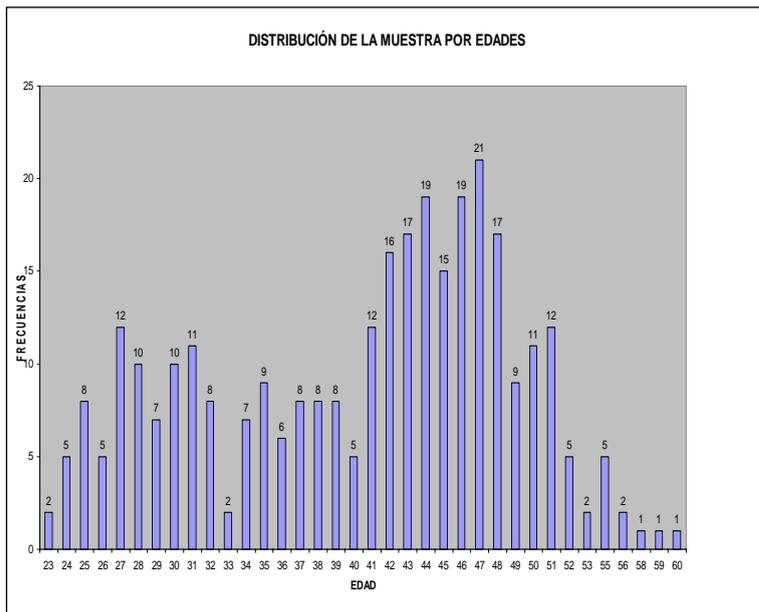
**2. Estado civil.** 238 sujetos refirieron tener pareja estable (75.8 %), 76 no tenían pareja estable (24.2 %), y en 2 casos no se contestó a esta variable (0.6 %), (Figura 4).

*Figura 4. Distribución de la muestra según el estado civil.*



3. **Edad.** La media de edad de los participantes en el estudio ha sido de 40.39 años ( $dt = 8.519$ , min. = 23 años, máx. = 60 años), (Figura 5).

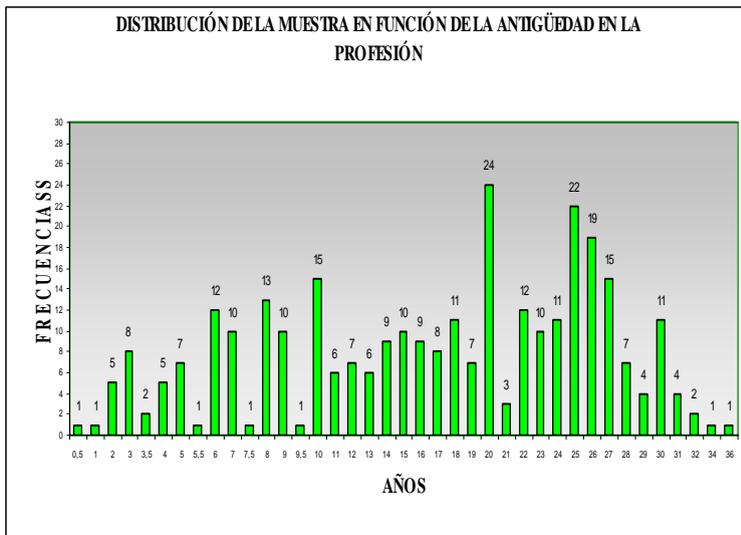
*Figura 5. Composición de la muestra según la edad de los participantes*





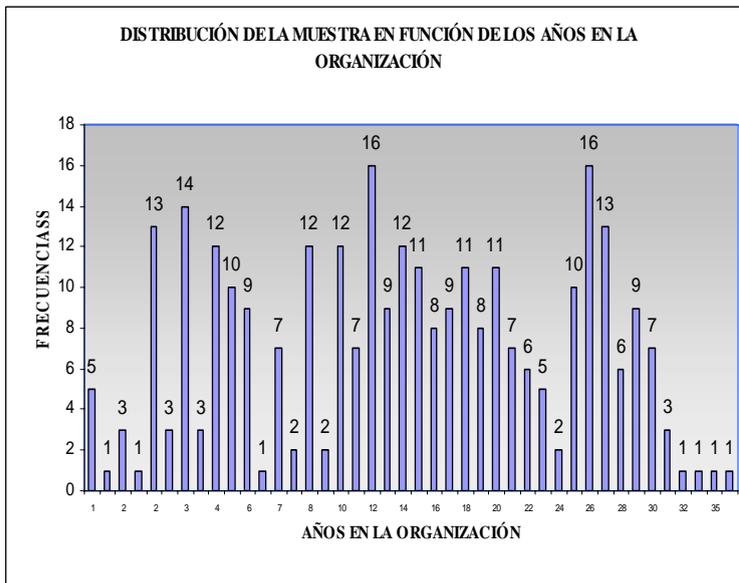
**4. Antigüedad en la profesión.** La media de antigüedad en la profesión de los participantes en el estudio ha sido de 17.27 años (dt = 8.49, min. = 0 meses, máx. = 36 años), (Figura 6).

*Figura 6. Composición de la muestra según la antigüedad en la profesión*



**5. Antigüedad en la organización.** La media de antigüedad en la organización de los participantes en el estudio ha sido de 14.84 años (dt = 9.15, min. = 1 mes, máx. = 36 años), (Figura 7).

**Figura 7. Composición de la muestra según la antigüedad en la organización de los participantes.**

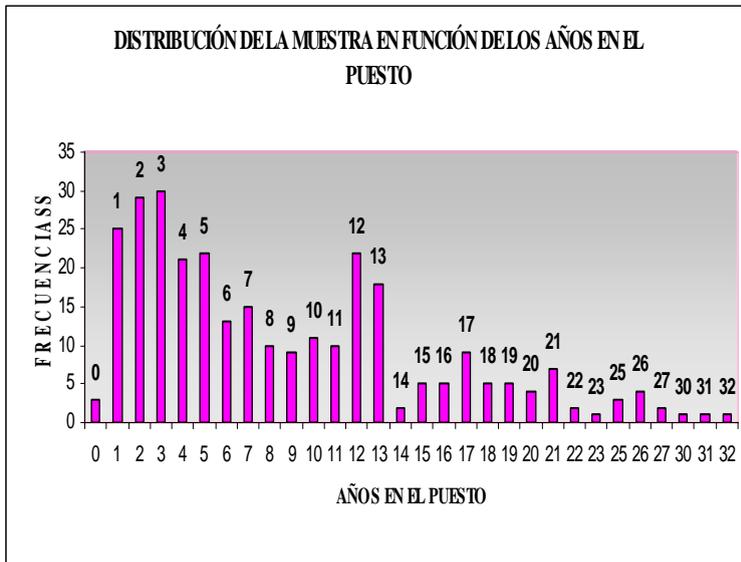




**6. Antigüedad en el puesto.** La media de antigüedad en el puesto de los participantes en el estudio ha sido de 8.71 años (dt = 6,88, min. = 0 meses, máx. = 32 años).

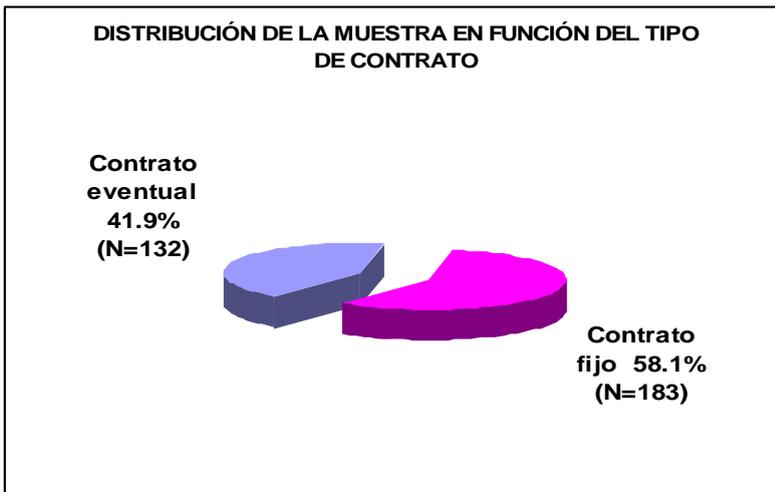
(Figura 8)

*Figura 8. Composición de la muestra según la antigüedad en el puesto*



7. **Contrato.** 183 sujetos de la **muestra** de participantes en el **tiempo 2** refirieron trabajar en condiciones de contrato fijo (58.1 %), 132 eran eventuales (41.90 %), y en 1 caso se omitió la respuesta a este ítem (0.3 %) (Figura 9).

*Figura 9. Composición de la muestra según la variable tipo de contrato.*



En conclusión, podríamos decir que la muestra obtenida de los distintos hospitales de la Comunidad Valenciana es representativa del colectivo de profesionales de enfermería (Evans y Steptoe, 2002).



### **3.3 Operacionalización de las variables (Anexo)**

#### **3.3.1 Autoeficacia**

Los niveles de **Autoeficacia** han sido estimados mediante 9 ítems extraídos y adaptados de la escala de Bäßler y Schwarzer (1996). Por Autoeficacia percibida se entiende el conjunto de creencias del individuo sobre sus capacidades para organizar y realizar las conductas necesarias para alcanzar los resultados necesarios. La escala se cumplimentó a través de un formato Likert de 5 puntos en el que 1 significaba “Totalmente en desacuerdo” y 5 representaba a “Totalmente de acuerdo”. Esta escala ha alcanzando una consistencia interna de  $\alpha=.85$  en T1 y  $\alpha=.86$  en T2.

#### **3.3.2 Motivación para la ayuda**

**La Motivación para la ayuda** se define como toda acción que busca proporcionar algún beneficio o incrementar el bienestar

de otra persona. Esta variable se ha evaluado como **orientación comunal**. Las relaciones comunales son un tipo de relación de intercambio social de especial importancia en los contextos laborales.

Esta variable se evaluó mediante 6 ítems seleccionados de la escala *Comunal Orientation* de Clark, Oulette, Powell y Milberg (1987). Se pregunta a los sujetos acerca del grado de identificación con una serie de situaciones que describen el comportamiento de las personas en las relaciones con los demás, evaluando tanto si el comportamiento del sujeto tiende hacia la ayuda a otros (vg., “*No soy esa clase de personas que ayuda a los demás*”), como lo que espera él mismo de la conducta de los demás (vg., “*La gente debería guardar sus problemas para ellos*”). La escala incluye ítems formulados de forma negativa (vg., “*No disfruto especialmente ayudando a otros*”, “*no me considero una persona especialmente dispuesta a ayudar a los demás*”).



Los ítems son valorados con una escala Likert de 5 grados, que va de 1 “Completamente verdadero para mí” a 5 “Completamente falso para mí”. El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala de motivación para la ayuda en el estudio ha sido de  $\alpha=.72$  en T1 y  $\alpha=.74$  en T2.

### ***3.3.3 Apoyo social percibido***

**El Apoyo social percibido** en el trabajo se estimó mediante una escala compuesta por 9 ítems que recoge aspectos del apoyo social procedente de los compañeros (3 ítems), del supervisor (3 ítems y de los médicos de la unidad (3 ítems) evaluados con una escala Likert de 4 grados (1 “Nunca” a 4 “Siempre”) El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.83$  en T1 y  $\alpha=.84$  en T2.

### ***3.3.4 Percepción de inequidad***

***La Percepción de inequidad*** entendida como ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales, recoge dos aspectos: el intercambio con pacientes y el intercambio en el trabajo en general. La variable se evaluó mediante una escala de 5 ítems (ver Anexo) que los sujetos valoraron con una escala Likert de 5 grados (1 “Totalmente de acuerdo” a 5 “Totalmente en desacuerdo”) El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.76$  en T1 y  $\alpha=.82$  en T2.

### ***3.3.5 Conflictos interpersonales***

Los **Conflictos interpersonales** se evaluaron con una escala formada por 6 ítems. Esta escala evalúa diferentes fuentes de conflicto: con los compañeros, el supervisor, los pacientes, los familiares, los médicos, y otros trabajadores. Los ítems se evalúan mediante una escala Likert de 5 grados (1 “Nunca” a 5 “Todos los



días”) El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.76$  en T1 y  $\alpha=.72$  en T2.

### 3.3.6 *Sobrecarga laboral*

La *Sobrecarga laboral* se evaluó como sobrecarga cuantitativa (el exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo) (vg. “*¿Ha tenido que hacer más de una cosa a la vez?*”) y como sobrecarga cualitativa (excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador) (v.g., “*¿Piensa que tiene que hacer un trabajo demasiado difícil para usted?*”).

Esta variable se evaluó mediante una escala de 7 ítems modificada y adaptada de la Escala de sobrecarga laboral de Karasek (1979). Los ítems son valorados con una escala Likert de 5 grados, que va de 1 “muy raramente”. a 5 “Muy frecuentemente”. Además se valora la creencia sobre la cantidad total del trabajo que realiza el sujeto con un sólo ítem (vg. “*¿Qué piensa sobre la*

*cantidad total de trabajo que tiene que hacer?”)* medido en una escala Likert que va de 1 “es muy poco a 5 “es demasiado”. El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.74$  en T1 y  $\alpha=.80$  en T2.

### **3.3.7 Conflicto y Ambigüedad de rol**

***Las Disfunciones de rol:*** Ambigüedad de rol y Conflicto de rol. La ***Ambigüedad de rol*** se debe a la incertidumbre que el individuo que lo desempeña tiene respecto al mismo por falta de información bien por ser incompleta, bien por ser interpretable de varias maneras, o bien por ser muy cambiante. El ***Conflicto de rol*** aparece cuando hay demandas, exigencias en el trabajo que son entre sí incongruentes o incompatibles para realizar el trabajo.

La ***Ambigüedad de rol*** se evaluó mediante una escala formada por 6 ítems adaptada de la escala de Rizzo, House y Lirtzman (1970). Siguiendo la escala original, los ítems de ambigüedad de rol están formulados de manera inversa, esto es evalúan claridad de rol por lo que para los análisis del estudio se



han invertido las puntuaciones. Los ítems de la escala de ambigüedad de rol tratan sobre la certeza acerca de las obligaciones y autoridad del trabajador. En concreto se refieren a los aspectos que contribuyen a conocer la medida de la definición del propio rol en la organización. Los ítems versan sobre el conocimiento de las atribuciones y competencias, objetivos, tareas, responsabilidades y contenido del trabajo, así como de la forma de hacerlo y lo que se espera de uno. El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.77$  en T1 y  $\alpha=.78$  en T2.

El *Conflicto de rol* se evaluó mediante una escala formada por 8 ítems adaptada de la escala de Rizzo, House y Lirtzman (1970). Los ítems de conflicto de rol se refieren específicamente a la existencia de exigencias en el trabajo incompatibles entre sí o inviables. Los 14 ítems de la escala son valorados con una escala Likert de 5 grados, que va de 1 “Muy en desacuerdo” a 5 “Muy de acuerdo”. El valor alfa de Cronbach obtenido por la subescala de conflicto de rol en el estudio ha sido de  $\alpha=.84$  en T1 y  $\alpha=.87$  en

---

T2.

### 3.3.8 *Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*

Los niveles del *Síndrome de quemarse por el trabajo* (SQT) se evaluaron mediante el *Maslach Burnout Inventory, en la versión elaborada para los profesionales de "servicios de ayuda"* (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1986). El cuestionario consta de tres escalas: *Realización personal en el trabajo* (8 ítems), *Agotamiento emocional* (9 ítems) y *Despersonalización* (5 ítems). En este estudio se empleará la forma de frecuencia desde va de 0 (Nunca) a 6 (todos los días). El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala agotamiento emocional en el estudio ha sido de  $\alpha=.89$  en T1 y  $\alpha=.91$  en T2. El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala despersonalización ha sido de  $\alpha=.64$  en T1 y  $\alpha=.61$  en T2 y el valor alfa de Cronbach obtenido por la escala realización personal en el trabajo ha sido de  $\alpha=.80$  en T1 y  $\alpha=.79$  en T2.



### **3.3.9 Satisfacción laboral**

*Satisfacción laboral* se ha evaluado mediante 11 ítems seleccionados del "Cuestionario de Satisfacción S20/23" (Meliá y Peiró, 1989). Mediante una escala de 7 grados se evalúa el grado de satisfacción que el trabajador tienen con diferentes aspectos del trabajo como: satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente físico de trabajo, satisfacción con las prestaciones (salario, promoción, etc.), satisfacción intrínseca, y satisfacción con la participación. Esta variable alude a la respuesta actitudinal positiva y placentera experimentada por el sujeto como resultado de la percepción subjetiva de sus experiencias laborales. El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.85$  en T1 y  $\alpha=.87$  en T2.

### 3.3.10 *Problemas de salud*

*Los problemas de salud* se han evaluado con 13 ítems que recogen la percepción subjetiva con la que los individuos han experimentado esos problemas en relación con el trabajo. Hace referencia a la existencia en el sujeto de una sintomatología fisiológica de carácter más o menos inespecífico. Esta sintomatología no impide necesariamente desarrollar la actividad laboral, aunque sí que merma la salud del individuo y le impide disfrutar plenamente de su tiempo de trabajo y de ocio. Los sujetos deben valorar con una escala de 5 grados la frecuencia con la que han experimentado en las últimas semanas los síntomas descritos en los ítems en relación con su trabajo (1 “Nunca” a 5 “Muy frecuentemente”) El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de  $\alpha=.82$  en T1 y  $\alpha=.81$  en T2.

### 3.3.11 *Absentismo*

Esta variable se evaluó mediante un único ítem (“¿*Cuántos días en los últimos 12 meses ha faltado al trabajo por enfermedad*”), como el número de días faltados al trabajo en el



último año según estimación del sujeto. La escala se sitúa en un rango de 0 a 365.

### **3.4 Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo entre los años 2001 y 2002. Los participantes fueron seleccionados de manera no aleatoria y su participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Sobre el total de profesionales colegiados en la Comunidad Valenciana en el momento de la realización del estudio ( $N = 20.074$ ), el error muestral en T1 fue del 3,70% con un margen de confianza del 95,5% (2 sigmas). El procedimiento de recogida de datos se inició en los meses de septiembre y octubre del año 2001.

El primer paso consistió en seleccionar la muestra, y posteriormente contactar mediante carta y llamada telefónica con los directores y/o coordinadores de los hospitales seleccionados. En este contacto se solicitó una entrevista para explicar el proyecto con más detalle y distribuir los cuestionarios entre los trabajadores del

hospital. También era objetivo de esta primera visita mantener una reunión con los trabajadores antes de distribuir los cuestionarios para explicarles algunas características del estudio y disponerles positivamente hacia la colaboración.

En las reuniones mantenidas se explicó lo siguiente: a) el estudio era una iniciativa de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO) de la Universidad de Valencia, b) el estudio estaba subvencionado por “Escuela Valenciana de Estudios para la Salud” (EVES) (Generalitat Valenciana) c) la organización para la que trabajaban no estaba implicada en el estudio, salvo por el hecho de autorizar su realización en el centro y, d) los datos serían confidenciales y las respuestas anónimas, de manera que la información reflejada en el cuestionario que potencialmente podía ser utilizada para identificar al sujeto sólo sería accesible a los miembros del equipo del proyecto, y con fines de investigación, a saber: agrupación de datos o localización del sujeto en T2. En ningún caso la información sería utilizada para identificar al participante y sus respuestas.



El cuestionario, junto con un sobre de respuesta, fue entregado directamente a los participantes o al supervisor/a de la unidad para que se los entregara a éstos, y se recogieron en sobre cerrado directamente de los participantes o a través del supervisor.

Las escalas utilizadas para evaluar las variables del estudio se integraron en un instrumento que se denominó “Cuestionario para estudiar la calidad de vida laboral en profesionales de enfermería”. Este cuestionario constaba de una introducción en la que se explicaba el objetivo del estudio y el procedimiento de respuesta de los ítems. Además, se pedía a los participantes que participaron voluntariamente que reflejaran su número de teléfono y su DNI en el cuestionario para poder localizarles en el plazo de un año cuando se repitiera la recogida de datos. Los datos fueron recogidos de manera no aleatoria en 13 hospitales de la Comunidad Valenciana (ver Anexo).

Para identificar a los participantes a los que se debía entregar el cuestionario en T2, se contactó con la Dirección de

Enfermería de los hospitales y, se pidió un listado de nombres a partir de los DNI reflejados en los cuestionarios, indicando que los participantes lo habían reflejado voluntariamente, y habían sido informados que el fin de este dato era identificarles para entregarles de nuevo el cuestionario en T2. Los participantes que no reflejaron el DNI, pero sí un teléfono de contacto, o que habían cambiado de centro de trabajo, fueron localizados mediante llamada telefónica.

Los cuestionarios se entregaron a los participantes identificados en el lugar de trabajo introducidos en un sobre en el que aparecía su nombre, o se enviaron por correo a su domicilio. El cuestionario llevaba reflejado el DNI y/o el teléfono del sujeto extraído de T1, y el código de la base de datos asignado en T1.

La recogida de datos se realizó personalmente por el personal adscrito al proyecto de investigación como becarios, que pasaron en sucesivas ocasiones por los hospitales para recoger en mano los cuestionarios. En otros casos (v.g., cuando el hospital estaba geográficamente lejos de Valencia o era difícil localizar al sujeto por el turno de trabajo que tenía) se pidió a los participantes



que remitieran el cuestionario a la Facultad de Psicología (Dpto. de Psicología Social), mediante un sobre de respuesta timbrado incluido en el sobre junto con el cuestionario que debían rellenar, y dirigido al investigador principal del proyecto.

La participación en el estudio fue voluntaria. Se desestimó obligar a los participantes a colaborar en el estudio tras considerar que la presión por parte de la dirección para que participaran podría llevar a muchos de ellos a falsear las respuestas.

Finalmente, la muestra del presente trabajo de investigación se compone de aquellos participantes que contestaron de forma íntegra el cuestionario tanto en T1 como en T2.

Respecto al procedimiento de análisis de datos que se describe en la siguiente fase, se ha utilizado el programa estadístico SPSS 14, y el programa LISREL 8 para el análisis factorial confirmatorio.

1. Depurado de los datos, eliminando a aquellos sujetos que no contestaron de forma adecuada a las escalas.

2. Análisis de frecuencias para comprobar el intervalo de respuesta de los participantes.
3. Pruebas  $\chi^2$  para las diferencias en variables demográficas entre T1 y T2.
4. Pruebas t para muestras relacionadas.
5. Análisis de fiabilidad para comprobar la consistencia interna de las escalas.
6. Análisis descriptivos para estudiar las medias, desviaciones típicas, máximos y mínimos de las variables.
7. Análisis factorial del MBI-HSS mediante modelos de ecuaciones estructurales.
8. Percentiles para la determinación de la prevalencia del SQT en cada una de las dimensiones del MBI.
9. Estudios de correlaciones que nos sirvieron para comprobar las relaciones entre las variables dos a dos.
10. Finalmente, se utilizaron análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones de las variables longitudinalmente.



## 4. RESULTADOS



#### **4.1 Análisis de variables sociodemográficas de la muestra**

El porcentaje de respuesta que se obtuvo (31.37% respecto a T1 y 83.77% respecto a T2) puede considerarse bueno en relación a los obtenidos en este tipo de estudios.

El valor de consistencia interna alfa de Cronbach fue adecuado para casi todas las variables del estudio, estando por encima del valor .70 (Nunnally, 1978), excepto para despersonalización ( $\alpha = .61$ ).

Mediante los análisis  $\text{Chi}^2$  se comparó aquellos participantes que participaron sólo en T1 ( $n = 412$ ) con aquellos que accedieron a participar tanto en T1 como en T2 ( $n = 316$ ), con el fin de evaluar si la muestra del estudio era similar a los participantes que se perdieron porque no contestaron en T2. Sólo resultó significativa para la composición de la muestra según el hospital/centro de procedencia ( $\text{Chi}^2_{[12]}=34,607, p<.001$ ).

Podemos concluir que las características de la muestra son estables en el tiempo salvo para la variable hospital/centro de procedencia. No existieron diferencias significativas para la variable



Ester Grau Alberola

sexo ( $\text{Chi}^2_{[1]} = .041, ns$ ), estado civil ( $\text{Chi}^2_{[1]} = .540, ns$ ), número de hijos ( $\text{Chi}^2_{[6]} = 4,766, ns$ ), número de hijos dependientes ( $\text{Chi}^2_{[7]} = 4,931, ns$ ) y tipo de contrato ( $\text{Chi}^2_{[1]} = .194, ns$ ).

En la tabla 2, se detallan las características demográficas para las muestras en T1 y T2 (Sexo, estado civil, edad, número de hijos, número de hijos dependientes, contrato, antigüedad en la profesión, antigüedad en la organización y antigüedad en el puesto). Es importante resaltar que las pruebas t señalan que los trabajadores que contestaron en T2 no difieren de los trabajadores, en ninguna de las variables sociodemográficas, con la muestra de trabajadores que contestaron en los dos tiempos, o de los que contestaron únicamente en T1.

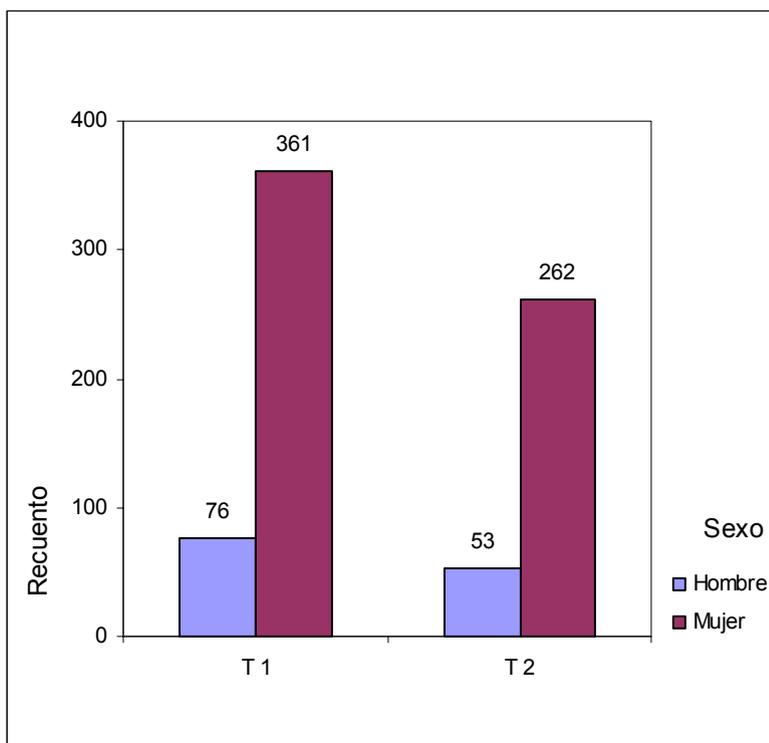
**Tabla 2. Características demográficas**

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	17.64% (76)	16.8% (53)
Mujer	82.6% (361)	83.2% (262)
<b>Estado civil</b>		
Pareja estable	78.1% (335)	75.8% (238)
Pareja no estable	21.9 % (94)	24.2 % (76)
<b>Edad (media en años)</b>	39.26	40.39
<b>Contrato</b>		
Fijo	56.5% (244)	58.1% (183)
Contratado	43.5% (188)	41.9% (132)
<b>Nª de hijos (Media)</b>	1.15	1.19
<b>Nª hijos dep (Media)</b>	1.11	1.07
<b>Antigüedad en la profesión</b>		
(Media Años/ días)	16.22 (194.70)	17.27 (207.24)
<b>Antigüedad en la organización</b>		
(Media Años/ días)	14.15 (169.88)	14.84 (178.08)
<b>Antigüedad en el puesto</b>		
(Media Años/ días)	8.61 (103.41)	8.71 (104.52)

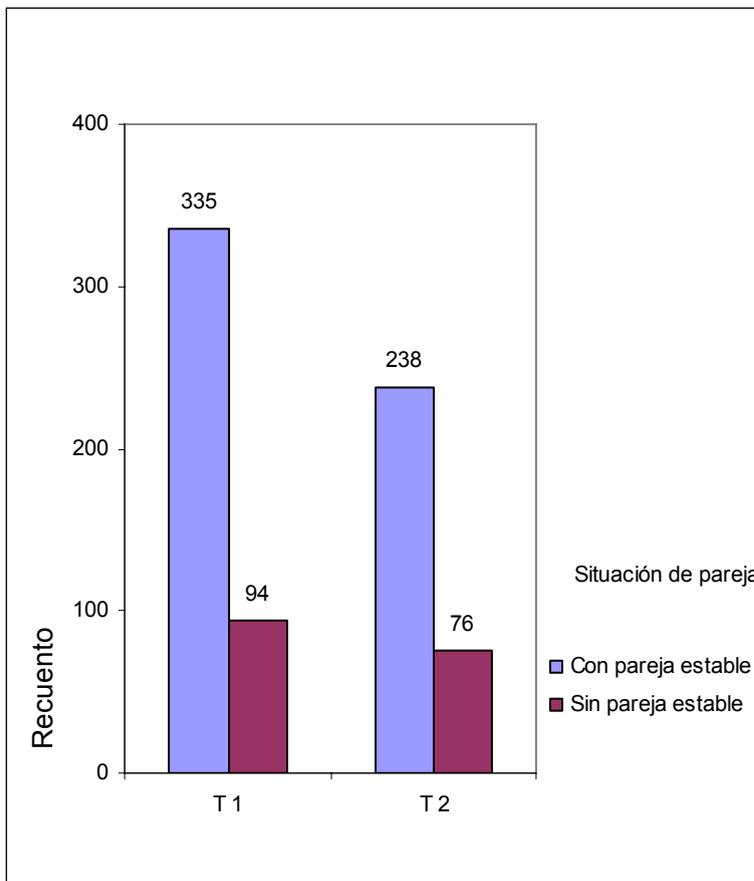


A continuación se presentan las figuras correspondientes a las comparaciones entre las muestras en T1 y T2 para las variables sociodemográficas.

***Figura 10. Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable sexo***

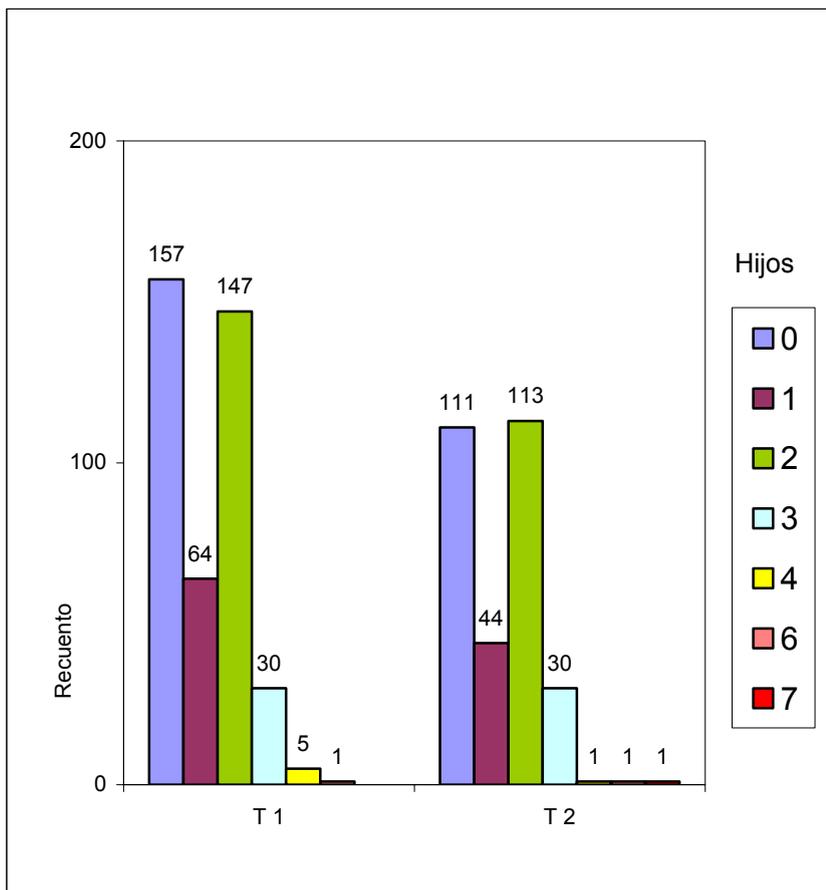


**Figura 11. Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable estado civil**

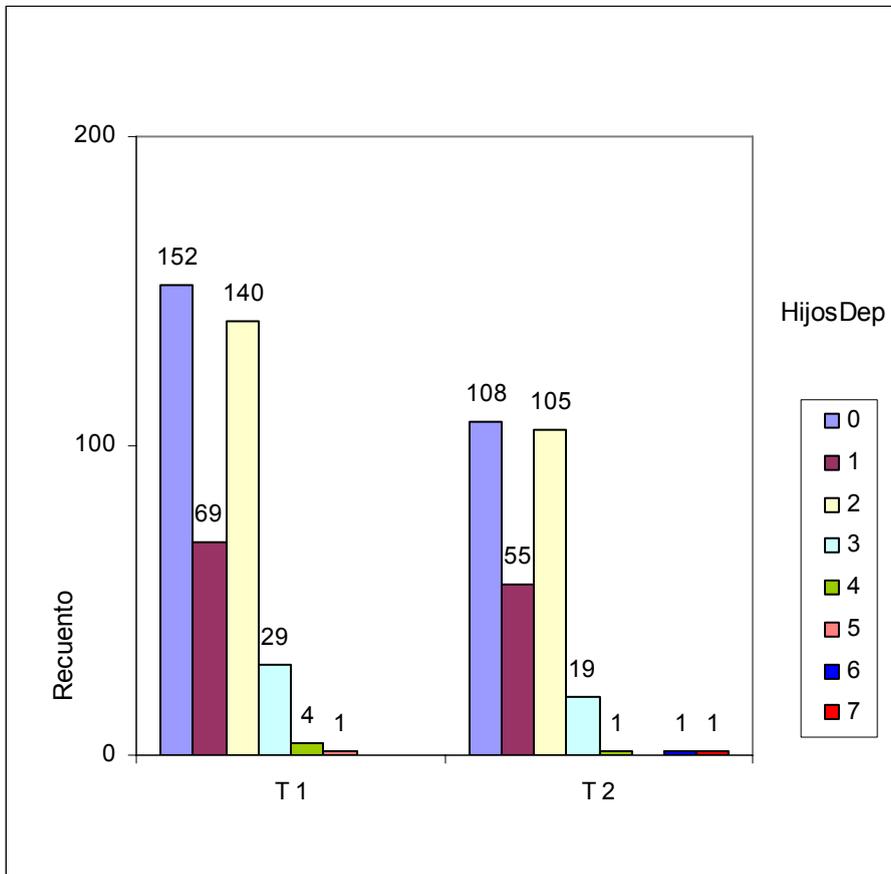




**Figura 12. Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable número de hijos**

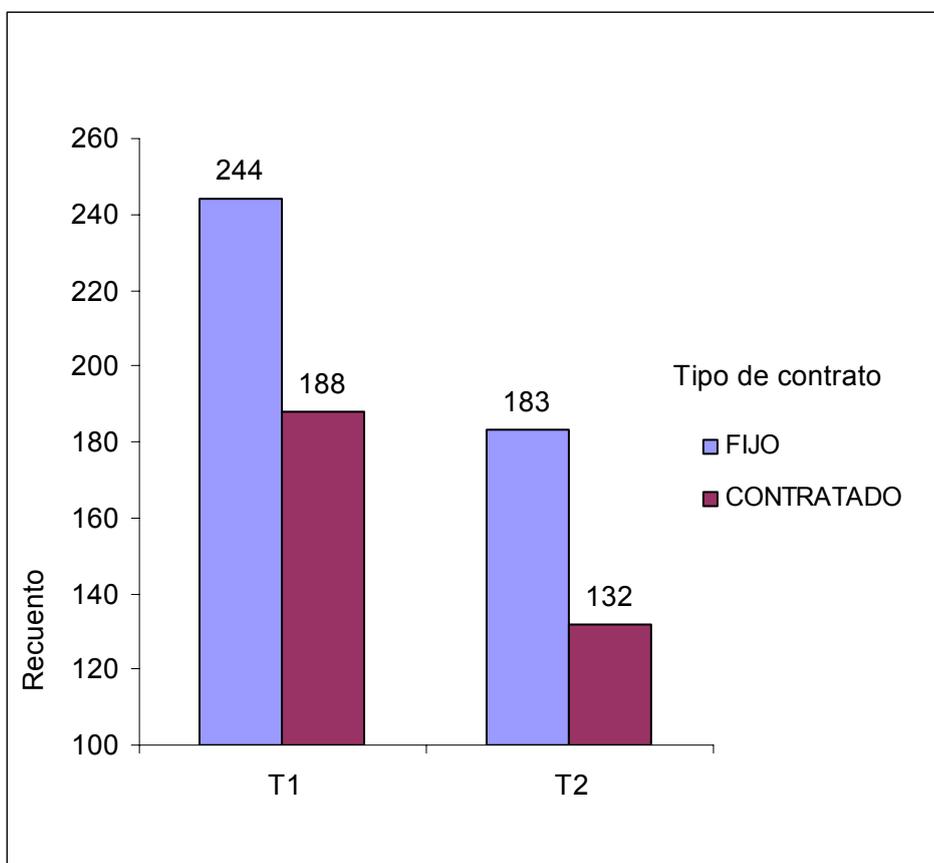


**Figura 13. Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable número de hijos dependientes**

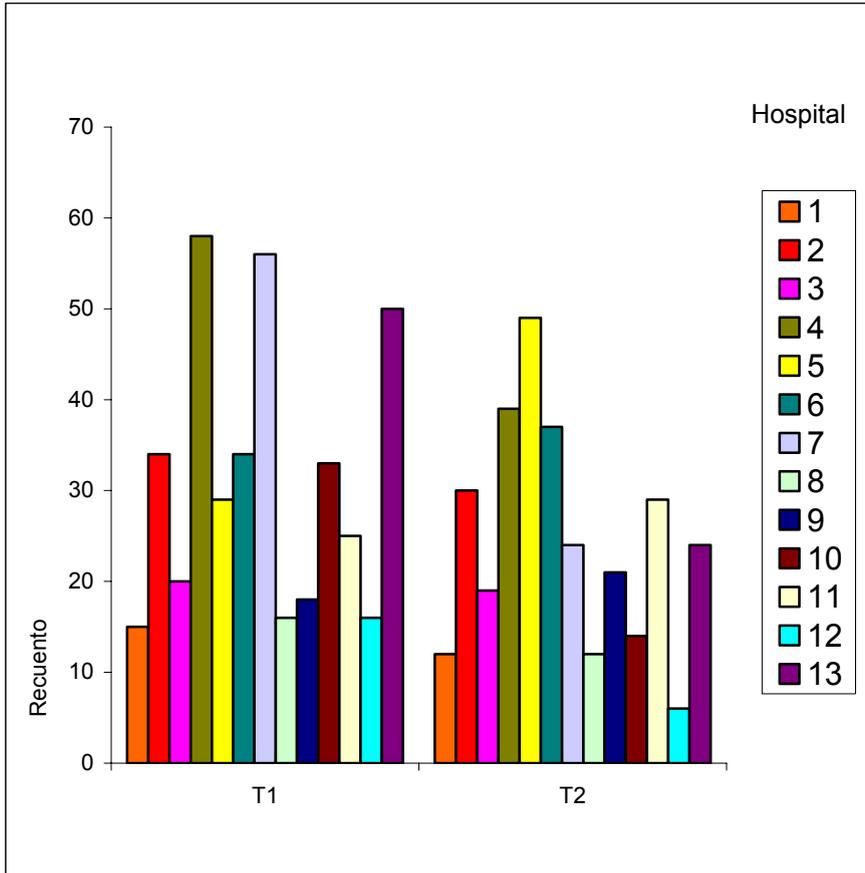




**Figura 14. Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable tipo de contrato**



**Figura 15. Distribución de la muestra en T1 y T2 según la variable hospital de referencia**



*Nota: Hospital 1: Alzira; Hospital 2: Alcoy; Hospital 3: Denia; Hospital 4: Elda; Hospital 5: Gandía; Hospital 6: General de Valencia; Hospital 7: La Fe; Hospital 8: La Malvarrosa; Hospital 9: Onteniente; Hospital 10: Orihuela; Hospital 11: Villajoyosa; Hospital 12: La Magdalena; Hospital 13: General de Alicante.*



## 4.2 Análisis descriptivo de las variables de estudio

Los primeros análisis realizados en el estudio, después del correspondiente depurado de datos, fueron los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las distintas escalas utilizadas.

Por lo que se refiere a los estadísticos descriptivos los resultados fueron similares en T1 y T2 (Tabla 3):

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos y valores de fiabilidad de las escalas del estudio en T1 y T2**

<b>Variables</b>		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Rango escala</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Autoeficacia	T1	3.65	.44	1-5	.85
	T2	3.66	.49	1-5	.86
Motivación para la ayuda	T1	1.85	.54	1-5	.72
	T2	1.82	.58	1-5	.74
Apoyo social	T1	2.03	.53	1-4	.83
	T2	2.04	.55	1-4	.84
Percepción de inequidad	T1	2.86	.67	1-5	.76
	T2	2.89	.77	1-5	.82
Conflictos interpersonales	T1	2.16	.46	1-5	.76
	T2	2.20	.46	1-5	.72

Resultados

<b>Variables</b>		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Rango</b>	<b>escala</b>
Sobrecarga	T1	19.08	4.24	1-5	.74
laboral	T2	19.11	4.44	1-5	.80
Conflicto de	T1	2.85	.90	1-5	.84
Rol	T2	2.75	.94	1-5	.87
Ambigüedad	T1	3.87	.74	1-5	.77
de rol	T2	3.83	.73	1-5	.78
Agotamiento	T1	18.51	10.67	1-6	.89
Emocional	T2	19.24	11	1-6	.91
Despersonalización	T1	5.50	4.61	1-6	.64
	T2	5.60	4.34	1-6	.61
Realización	T1	35.99	7.08	1-6	.80
Personal	T2	34.34	7.02	1-6	.79
Satisfacción	T1	4.09	.97	1-7	.85
Laboral	T2	4.13	1.00	1-7	.87
Problemas de salud	T1	2.01	.59	1-5	.82
	T2	1.98	.58	1-5	.81
Absentismo	T1	10	32.65	0-365	---
	T2	11.36	40.52	0-365	---



En los análisis descriptivos, sólo se contempla una diferencia significativa entre T1 y T2 en los valores de la variable Realización personal en el Trabajo, ya que en T1 se obtienen unos niveles de 35,99 y en T2 de 34,34 ( $t = 4.54$ .  $p \leq .001$ ).

Por lo que se refiere, a los valores de fiabilidad, ya comentados en el apartado correspondiente de metodología, obtuvimos que todas las escalas presentaron una consistencia interna adecuada tanto en T1 como en T2. Tan solo se obtuvo un valor moderado/bajo de fiabilidad en la subescala del MBI Despersonalización en T1 ( $\alpha = .64$ ) y T2 ( $\alpha = .61$ ), (Nunnaly, 1978).

---

### 4.3 Objetivo I: análisis factorial del MBI

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) es una herramienta estadística que sirve para confirmar un modelo de estructura factorial, evaluando el ajuste de los datos a una determinada estructura factorial diseñada previamente, por lo que el modelo es formulado *a priori*, para posteriormente ser analizado (Bryant y Arnold, 2003).

El primer objetivo de este estudio es analizar la validez factorial del MBI-HSS mediante AFC y la utilización de modelos de ecuaciones estructurales en una muestra de profesionales de enfermería de hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana.

La hipótesis del estudio es que el modelo de tres factores del MBI-HSS de acuerdo a la estructura descrita ajustará adecuadamente a los datos (*Figura 16, pág. 269*).



La muestra utilizada en el estudio corresponde a T2. El método de estimación usado fue el de Mínimos Cuadrados Ponderados (WLS, Weighted Least Squares) también llamado ADF (Asymptotic Distribution Free) (Browne, 1984). El WLS se puede utilizar con variables que presenten distribuciones no normales, y la estimación se realiza a partir de la matriz de covarianzas asintóticas. Puesto que las variables utilizadas son ordinales (medidas mediante escalas tipo Likert), se calculan los coeficientes policóricos, en lugar de los tetracóricos (adecuados en variables dicotómicas). El programa estadístico utilizado fue el LISREL 8.3. (Jöreskog y Sörbom, 1996).

En la tabla 4, se pueden consultar la media, desviación típica e índices de correlación de las variables del estudio. Los valores alpha de Cronbach para Agotamiento emocional ( $\alpha = .91$ ) y Realización personal ( $\alpha = .79$ ) son satisfactorios, aunque el valor de Despersonalización es bajo ( $\alpha = .61$ ).

Para analizar un modelo de ecuaciones estructurales se requiere que todas las variables observadas incluidas en el

modelo sigan una distribución normal (Batista y Coenders, 2000). En el modelo presentado, todas las variables presentaban normalidad, ya que los coeficientes de asimetría y curtosis establecidos resultaron inferiores a +/- 1.

Todas las correlaciones entre las escalas del MBI resultaron significativas para  $p < .001$ . Las correlaciones entre Realización personal en el trabajo y el resto de dimensiones del MBI resultaron negativas, mientras que las correlaciones entre las restantes dimensiones resultaron positivas. La correlación de Pearson más intensa se estableció entre Agotamiento emocional y Despersonalización (.42,  $p < .001$ ), siendo mayor que la correlación entre Realización personal en el trabajo y Agotamiento emocional (-.36,  $p < .001$ ) y entre aquella y Despersonalización (-.30,  $p < .001$ ) (Tabla 4).



**Tabla 4. Estadísticos descriptivos y correlaciones para las dimensiones del MBI-HSS**

	Media	dt	Asimetría	Curtosis	1	2	3
<b>1. AE</b>	19.10	10.62	.54	-.21	.91		
<b>2. D</b>	5.60	4.35	.68	.09	<b>.42**</b>	.61	
<b>3.RPT</b>	34.35	7.02	-.42	-.32	<b>-.36**</b>	<b>-.30**</b>	.79

Nota 1. Valor alfa de Cronbach en diagonal de matriz de correlaciones \*\*  $p \leq .001$

Nota 2. AE: agotamiento emocional, D: despersonalización; RPT: realización personal en el trabajo

Una vez especificado el modelo y comprobadas las condiciones de aplicación, el siguiente punto consiste en decidir si el modelo ajusta adecuadamente a los datos. Hay varios índices que pueden ser utilizados, entre ellos realizamos los siguientes:

- a) *El índice Chi<sup>2</sup>: un valor grande y significativo indica un mal ajuste del modelo, mientras que un valor pequeño y no significativo indica un buen ajuste. El índice Chi<sup>2</sup> es sensible al tamaño de la muestra, de forma que con muestras muy pequeñas (<50) o muy grandes (> 400) no puede detectar adecuadamente el ajuste del modelo a los datos.*
- b) El Goodness of Fit Index (GFI) que mide la cantidad relativa de varianza y covarianza explicada por el modelo; el Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) que es el índice de bondad de ajuste ajustado a los grados de libertad (Jöreskog y Sörbom, 1996).
- c) Este índice es independiente del tamaño de la muestra. Su valor se encuentra entre 0 y 1, y valores superiores a .90 indican un ajuste adecuado del modelo.



- d) El Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) estima la cantidad global de error existente en el modelo (Browne y Cudeck, 1993), proporciona un intervalo de confianza de .90. Valores entre .05 y .08 o menor indican un ajuste adecuado del modelo. Un valor mayor de .1 indica un mal ajuste.
- e) El Non-Normed Fit Index (NNFI) es un indicador del ajuste relativo del modelo. Este índice es relativamente insensible al tamaño de la muestra. Valores inferiores a .90 indican que el modelo puede ser mejorado.
- f) El Comparative Fit Index (CFI) indica el grado de ajuste del modelo cuando se compara con un modelo nulo (Bentler, 1988). Su valor oscila entre 0 y 1. Se considera que el modelo ajusta cuando el valor es mayor de .90.
- g) El PNFI (Parsimonious norm fit index) de James, Mulaik y Brett (1982) corrige el efecto del incremento del ajuste debido simplemente a la liberación de parámetros del modelo.
- h) El ECVI permite la comparación de diferentes modelos, siendo

aquellos que presentan un valor inferior los considerados como mejor ajustados a los datos.

Teniendo en cuenta los indicadores anteriores, el modelo muestra un ajuste adecuado a los datos para la muestra ya que todos los índices presentan valores dentro de los límites aconsejados: GFI = .95; AGFI = .94; RMSEA = .064; NNFI = .91; CFI = .92; PNFI = .77 y ECVI = 1.80 (Tabla 5).

Con estos valores se puede concluir que el modelo de ecuaciones estructurales presentó un ajuste global a los datos observados adecuado y, se confirma la Hipótesis 1 de este estudio. La cantidad relativa de varianza explicada por el modelo fue buena (GFI).

El ajuste del modelo resultó adecuado al considerar el error de aproximación a los valores de la matriz de covarianza de la población (RMSEA), y también según los índices de ajuste relativo del modelo (NNFI y CFI). Estos valores son similares a los obtenidos en otras muestras (Gil-Monte, 2005; Boles *et al.*, 2000).



**Tabla 5. Índices de ajuste global para los modelos evaluados mediante WLS (n = 316).**

Chi <sup>2</sup>	p	gl	GFI	AGFI	RMSEA	NNFI	CFI	PNFI	ECVI
									(1.25-11.04)
471.51	.000	206	.95	.94	.064	.91	.92	.77	1.80

Nota. GFI = Goodness Fit Index, RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, NNFI = Non-Normed Fit Index, PNFI = Parsimony Normed Fit Index.

Una vez comprobado que el ajuste del modelo es adecuado, se analizó la relación entre las variables que lo forman (Figura 16). Los parámetros que se presentan en el modelo son estandarizados, por lo que oscilan entre 0 y 1. Se señalan tres tipos de parámetros: 1) el PHI- $\Phi$  que muestra las covarianzas entre los factores 2) el Lambda- $\lambda$  que explica los pesos o cargas factoriales y 3) el THETA-DELTA  $-\delta$  que indica los errores residuales de los ítems.

Todas las cargas factoriales resultaron significativas con valores altos. El parámetro más bajo se obtuvo para el ítem 15 de la escala de Despersonalización que alcanzó un valor de .47.

Los ítems con mayor peso factorial fueron el ítem 8 en el factor Agotamiento emocional (.93), el ítem 11 (.72) en Despersonalización y, el ítem 18 (.85) en Realización personal en el trabajo.

El ítem 8 “Me siento quemado por el trabajo” tiene también la más alta carga factorial en la muestra de enfermería parecida a la publicada como valor normativo (.81). La estimación de la varianza residual del ítem 8 fue de .13; lo que significa que aproximadamente el 13% de la varianza en ese ítem no se explica por la relación con Agotamiento emocional.

Por otro lado, la estimación de la varianza residual de los ítems 11 y 18 fue de .48 y .28 respectivamente, lo que implica que cerca de 48 % de la varianza en el ítem 11 no se explica por la relación con Despersonalización. Así mismo, el 28 % de la



varianza en el ítem 18, no se explica por la relación con Realización personal en el trabajo.

A su vez, el ítem con menor carga factorial en Agotamiento emocional fue el ítem 2 (.80), el ítem 5 (.57) y el 15 (.47) en Despersonalización y el ítem 4 en Realización personal en el trabajo (.49).

Sin embargo, al estudiar las cargas factoriales se detectaron algunas deficiencias psicométricas con respecto a los ítems. En primer lugar, los ítems con las varianzas residuales más grandes fueron el 15, 4 y 5.

El comportamiento del ítem 15 saturaba alto en Realización personal en el trabajo (16.32). Y, el ítem 5 (subescala de Despersonalización) carga compartidamente sobre Agotamiento emocional (13.28) y sobre Realización personal en el trabajo (9.63). La carga factorial del ítem 4 sobre otros factores es muy débil.

Además, cabe resaltar que el ítem 12 tiene el índice más alto de modificación (44.36): lo que implica que el ítem 12 “Me encuentro con mucha vitalidad” es un ítem de la escala de Realización personal en el trabajo que tiene una fuerte carga factorial en Agotamiento emocional.

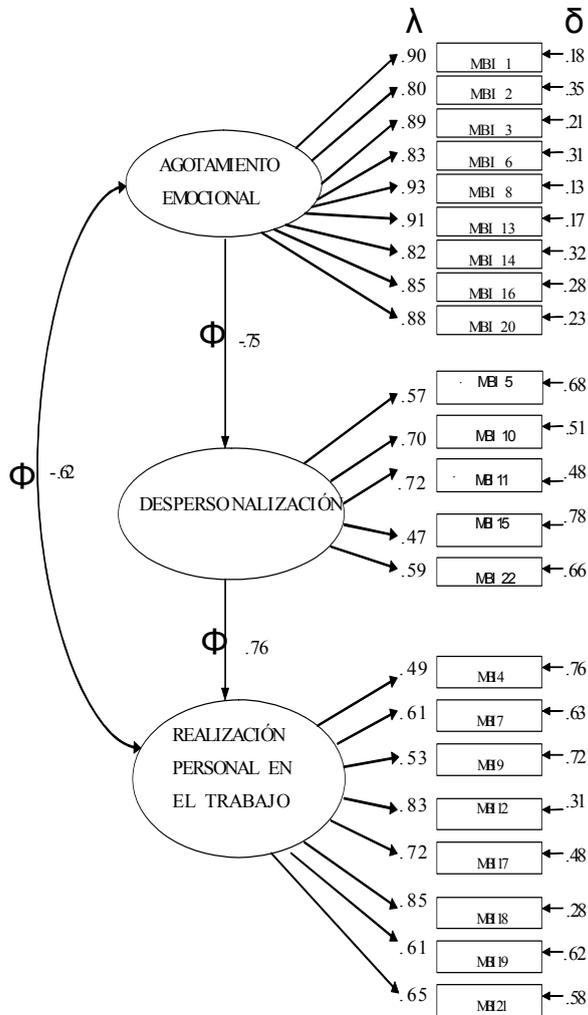
Por otro lado como hemos comentado el ítem 11, tenía la carga factorial más alta en Despersonalización, como corresponde, aunque el error residual también se consideraba alto (48% de la varianza no explicada). Al tomar en consideración la carga en otros factores se observó que este ítem saturaba débilmente en Realización personal y en Despersonalización (Tabla 6).



**Tabla 6. Estructura Factorial del MBI-HSS en una muestra de profesionales de enfermería: índices de modificación (N= 316, T2).**

		<i>Factores</i>		
Subescalas	ítems	I	II	III
I.	<b>1</b>	--	0.21	7.68
Agotamiento emocional	<b>2</b>	--	0.44	3.47
	<b>3</b>	--	0.11	7.56
	<b>6</b>	--	0.60	3.29
	<b>8</b>	--	1.70	4.52
	<b>13</b>	--	8.20	0.21
	<b>14</b>	--	1.75	7.19
	<b>16</b>	--	1.35	3.13
	<b>20</b>	--	0.02	0.44
II.	<b>5</b>	13.28	--	9.63
Despersonalización	<b>10</b>	2.07	--	5.01
	<b>11</b>	0.72	--	1.08
	<b>15</b>	5.66	--	16.32
	<b>22</b>	10.80	--	3.96
III.	<b>4</b>	0.16	0.12	--
Realización Personal en el Trabajo	<b>7</b>	1.39	6.31	--
	<b>9</b>	4.07	6.24	--
	<b>12</b>	46.36	13.23	--
	<b>17</b>	8.02	3.69	--
	<b>18</b>	1.73	0.34	--
	<b>19</b>	4.96	1.56	--
	<b>21</b>	1.82	1.52	--

Figura 16. Modelo factorial del MBI-HSS





#### **4.4 Objetivo II: análisis de prevalencia e incidencia del SQT**

El segundo objetivo de este estudio era analizar la prevalencia e incidencia del SQT en profesionales de enfermería de los hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana.

Consideramos la prevalencia como el número total de casos con SQT considerando los dos tiempos del estudio. Y, la incidencia como la diferencia en número de casos entre los dos periodos del estudio.

En primer lugar, se realizaron Pruebas t de diferencias de medias con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre las muestras en T1 y en T2. Los resultados mostraron que sólo hubieron diferencias significativas entre T1 y T2 en la dimensión de Realización personal en el trabajo ( $t_{(315)}=4.58, p \leq 001$ ).

En segundo lugar, con el fin de determinar la validación del MBI como instrumento para el diagnóstico del SQT se

calcularon los percentiles para la muestra del estudio. Siguiendo el criterio recomendado por Maslach y Jackson (1986) en el manual norteamericano para dividir las puntuaciones de la muestra en tres grupos (bajo, medio y alto), se calcularon los percentiles 33 y 66.

En la tabla 7 se muestran los valores de las medias obtenidos en este estudio y los puntos de corte basados en los percentiles 33 y 66 ofrecidos por tres manuales: Maslach y Jackson (1986, USA), Schaufeli y Van Dierendonck (1995, Holanda) con una muestra de sujetos que habían desarrollado el SQT con diferentes grados de intensidad y, Gil-Monte y Peiró (2000, España) para una muestra multiocupacional española.



**Tabla. 7. Comparación de puntuaciones: puntos de corte, medias, desviaciones típicas**

Puntos de corte	Este estudio T1 (n = 316)			Este estudio T2 (n = 316)			Gil-Monte y Peiró (2000) (n = 1.188)			Manual EEUU (1986) (n = 11.067)			Schaufeli-Dierendonck (1995) (n = 142)		
	PA	EE	DE	PA	EE	DE	PA	EE	DE	PA	EE	DE	PA	EE	DE
<b>Alto</b>	≥ 39	≥ 23	≥ 8	≥ 38	≥ 24	≥ 8	≥ 40	≥ 25	≥ 9	≥ 39	≥ 27	≥ 13	≥ 29	≥ 34	≥ 12
<b>Medio</b>	35-38	13-22	4-7	33-37	14-23	4-7	39-36	24-16	8-4	38-32	26-17	12-7	28-26	33-26	11-6
<b>Bajo</b>	≤ 34	≤ 12	≤ 3	≤ 32	≤ 13	≤ 3	≤ 35	≤ 15	≤ 3	≤ 31	≤ 16	≤ 6	≤ 25	≤ 25	≤ 5
<b>Media</b>	35.99	18.51	5.49	34.35	19.24	5.60	36.02	20.39	6.36	34.58	20.99	8.73	27.05	28.64	9.27
<b>Dt</b>	7.07	10.66	4.61	7.02	10.99	4.34	7.27	11.03	5.34	7.11	10.75	5.89	5.65	10.13	4.89

Nota. PA = Realización personal en el trabajo, EE = Agotamiento emocional, DE = Despersonalización

***1) Análisis de prevalencia e incidencia considerando los percentiles propuestos por Maslach y Jackson (1986).***

A continuación se presentan los resultados obtenidos siguiendo el método de Maslach y Jackson (1986) para el cálculo de los puntos de corte a partir de los percentiles 33 y 66 para la muestra (Tabla 8). Con este objetivo, se aplicó los puntos de corte ofrecidos en el manual del MBI para cada una de las dimensiones, determinando tres categorías en cada una de ellas: alto, medio y bajo.

En primer lugar, una puntuación superior o igual a 27 indica un nivel alto de Agotamiento emocional, entre 17 y 26 un nivel medio, y por debajo o igual a 16 un nivel bajo.

En la dimensión de despersonalización, una puntuación mayor de 13 indica un nivel alto, entre 12 y 7 un nivel medio, y por debajo de 6, un nivel bajo.

En la dimensión de Realización personal en el trabajo puntuaciones entre 0 y 31 puntos se considera alto para el SQT, entre 32 y 38 moderado, y por encima de 39 bajo para el SQT.



En la tabla 8 se muestran los resultados obtenidos para la muestra de nuestro estudio, considerando los puntos de corte ofrecidos por Maslach y Jackson (1986).

**Tabla 8. Distribución de la muestra en las categorías de las variables del MBI en función del Manual Maslach y Jackson (1986)**

Valores de Maslach y Jackson (1986)	TIEMPO 1 DE ESTE ESTUDIO		TIEMPO 2 DE ESTE ESTUDIO	
	N	%	N	%
<b>AE ALTO <math>\geq 27</math></b>	71	22.47%	78	24.68%
<b>AE MEDIO 17-26</b>	92	29.11%	94	29.75%
<b>AE BAJO <math>\leq 16</math></b>	153	48.42%	144	45.57%
<b>D ALTO <math>\geq 13</math></b>	28	8.86%	27	8.54%
<b>D MEDIO 7-12</b>	80	25.32%	91	28.80%
<b>D BAJO <math>\leq 6</math></b>	208	65.82%	198	62.66%
<b>RPT ALTO <math>\geq 39</math></b>	136	43.04%	86	27.22%
<b>RPT MEDIO 32-38</b>	109	34.49%	131	41.46%
<b>RPT BAJO <math>\leq 31</math></b>	71	22.47%	99	31.32%

Nota: AE: agotamiento emocional, D: despersonalización, RPT: realización personal en el trabajo

Siguiendo los criterios del manual de Maslach y Jackson (1986), en T1, 22.47% (n = 71) puntuaron alto en baja Realización personal, 22.47% (n = 71) puntuaron alto en Agotamiento emocional, y 8.86% (n = 28) puntuaron alto en Despersonalización.

En T2, 31.32% (n = 99) puntuaron bajo en Realización personal, 24.68% (n = 78) puntuaron alto en Agotamiento emocional, y 8.54% (n = 27) puntuaron alto en Despersonalización.

Como puede observarse la prevalencia de Agotamiento emocional alto en T1 era ligeramente más baja que en T2. La prevalencia de Despersonalización alta era muy similar entre T1 y T2, sin embargo entre T1 y T2 se produjo un aumento en la prevalencia de baja Realización personal en el trabajo.

La incidencia del SQT disminuye entre T1 y T2. Sólo 9 participantes en T1 (2.84 %) y 6 participantes en T2 (1.89%) puntuaron bajo en Realización personal en el trabajo al tiempo que alto en Agotamiento emocional y Despersonalización, por lo que presentarían el SQT.



El estudio longitudinal de las medias de este estudio y su comparación con las obtenidas en el Manual de Maslach y Jackson (1986), mostraron que los valores fueron similares para la media en Realización personal en el trabajo ( $t_{(11381)} = 0.57, p > .05$ ). El valor obtenido para la media en Agotamiento emocional ( $t_{(11381)} = 2.85, p < .01$ ) y en Despersonalización ( $t_{(11381)} = 9.37, p < .001$ ) fue significativamente inferior al ofrecido por este manual.

**2) *Análisis de prevalencia e incidencia considerando los percentiles propuestos por Gil-Monte y Peiró (2000).***

En segundo lugar se emplearon los puntos de corte presentados Gil Monte y Peiró (2000) sobre una muestra española (N= 1188).

En la subescala de Agotamiento emocional una puntuación de 25 o más representa un nivel alto, entre 16 y 24 un nivel medio, y por debajo o igual a 15 un nivel bajo.

En la subescala de Despersonalización, un grado alto son puntuaciones superiores o iguales a 9, entre 8 y 4 sería un grado moderado, y por debajo de 3, un nivel bajo.

En la dimensión de Realización personal en el trabajo puntuaciones entre 0 y 35 puntos se considera grado alto, entre 36 y 39 grado moderado y por encima de 40 grado bajo para el SQT. Siguiendo estos criterios obtenemos los resultados que se presentan en la tabla 9.

Teniendo en cuenta los criterios de Gil Monte y Peiró (2000) en T1, 26.58% (n = 84) puntuaron alto en Agotamiento emocional, 21.20% (n = 67) puntuaron alto en Despersonalización y, 40.19% (n= 127) puntuaron bajo en Realización personal en el trabajo.

En T2, 30.38% (n = 96) puntuaron alto en Agotamiento emocional y en Despersonalización 23.73% (n = 75). Además, 55.38% (n = 175) puntuaron bajo en Realización personal en el trabajo.



Los resultados obtenidos con los criterios de Gil Monte y Peiró (2000) indicaron que los niveles de prevalencia de Agotamiento emocional alto en T1 eran ligeramente más bajos que en T2. Por otro lado, entre T1 y T2 se produce un aumento en la prevalencia de baja Realización personal en el trabajo y de los niveles de Despersonalización.

La incidencia del SQT aumenta entre T1 y T2. 25 participantes en T1 (7.21 %) y 32 participantes en T2 (10.12%) puntúan bajo en Realización personal en el trabajo al tiempo que alto en Agotamiento emocional y Despersonalización, por lo que presentarían el SQT.

El estudio longitudinal de las medias de este estudio y su comparación con las obtenidas en el estudio de Gil-Monte y Peiró (2000) mostraron que los valores fueron similares para la media en Agotamiento emocional ( $t_{(1502)} = 1.65, p > .05$ ). El valor obtenido para la media en Realización personal en el trabajo ( $t_{(1502)} = 3.65, p < .05$ ) y en Despersonalización ( $t_{(1502)} = 2.33, p < .001$ ) fue significativamente inferior al obtenido con la muestra española del estudio de referencia.

**Tabla 9. Distribución de la muestra en los niveles de las variables del MBI en función de criterios de Gil-Monte y Peiró (2000)**

Valores de Gil-Monte y Peiró (2000)	TIEMPO 1 DE ESTE ESTUDIO		TIEMPO 2 DE ESTE ESTUDIO	
	N	%	N	%
<b>AE ALTO <math>\geq 25</math></b>	84	26.58%	96	30.38%
<b>AE MEDIO 24-16</b>	92	29.11%	88	27.85%
<b>AE BAJO <math>\leq 15</math></b>	140	44.30%	132	41.77%
<b>D ALTO <math>\geq 9</math></b>	67	21.20%	75	23.73%
<b>D MEDIO 8-4</b>	122	38.61%	119	37.66%
<b>D BAJO <math>\leq 3</math></b>	127	40.19%	122	38.61%
<b>RPT ALTO <math>\geq 40</math></b>	104	32.91%	73	23.10%
<b>RPT MEDIO 36-39</b>	85	26.90%	68	21.52%
<b>RPT BAJO <math>\leq 35</math></b>	127	40.19%	175	55.38%

Nota: AE: agotamiento emocional, D: despersonalización, RPT: realización personal en el trabajo



**3) *Análisis de prevalencia considerando los percentiles propuestos por Schaufeli y Van Dierendonck (1995).***

En tercer lugar, se aplicaron los puntos de corte de Schaufeli y Van Dierendonck (1995). La muestra de referencia presenta la particularidad de ser una muestra ( $n = 142$ ) de profesionales de la salud, enseñanza y oficiales de policía que habían recibido un tratamiento psicoterapéutico por problemas mentales relacionados con el trabajo. Los pacientes con una enfermedad mental considerada grave, tipo psicosis o trastornos de personalidad, fueron excluidos del estudio. La consistencia interna de las escalas del MBI fue de  $\alpha=.89$  para Agotamiento emocional, para Despersonalización  $\alpha=.68$  y  $\alpha=.74$  para Realización personal en el trabajo.

A continuación, en la Tabla 10, se presentan los resultados obtenidos sobre la muestra de este estudio con los puntos de corte de Schaufeli y Van Dierendonck (1995).

**Tabla 10. Distribución de la muestra en los niveles de las variables del MBI en función de criterios Schaufeli y Van Dierendonck (1995).**

Valores de Schaufeli y Van Dierendonck (1995)	TIEMPO 1 DE ESTE ESTUDIO		TIEMPO 2 DE ESTE ESTUDIO	
	N	%	N	%
<b>AE ALTO <math>\geq 34</math></b>	38	12.03%	35	11.08%
<b>AE MEDIO 26-33</b>	40	12.66%	51	16.14%
<b>AE BAJO <math>\leq 25</math></b>	238	75.32%	230	72.78%
<b>D ALTO <math>\geq 12</math></b>	34	10.76%	40	12.66%
<b>D MEDIO 11-6</b>	53	16.77%	54	17.09%
<b>D BAJO <math>\leq 7</math></b>	229	72.47%	222	70.25%
<b>RPT ALTO <math>\geq 29</math></b>	270	85.44%	259	81.96%
<b>RPT MEDIO 26-28</b>	18	5.70%	21	6.65%
<b>RPT BAJO <math>\leq 25</math></b>	28	8.86%	36	11.39%

Nota: AE: agotamiento emocional, D: despersonalización, RPT: realización personal en el trabajo

Siguiendo los criterios de Schaufeli y Van Dierendonck (1995) en T1, 12.03% (n = 38) puntuaron alto en Agotamiento emocional, 10.76% (n = 34) puntuaron alto en Despersonalización y, obtuvieron bajas puntuaciones en Realización personal en el trabajo 8.86% (n = 28).



En T2, 11.08% (n = 35) puntuaron alto en Agotamiento emocional. 12.66% (n = 40) puntuaron alto en Despersonalización y, 11.39% (n = 36) puntuaron bajo en Realización personal en el trabajo.

Teniendo en cuenta que la muestra de referencia estaba compuesta por participantes bajo tratamiento, se obtuvo que los niveles de prevalencia de Agotamiento emocional alto disminuyen ligeramente en T2. Por otro lado, entre T1 y T2 se produjo también un incremento en la prevalencia de baja Realización personal en el trabajo y de Despersonalización.

La incidencia del SQT disminuye entre T1 y T2. Sólo 4 participantes en T1 (1.26 %) y 3 participantes en T2 (0.94%) puntúan bajo en Realización personal en el trabajo al tiempo que alto en Agotamiento emocional y Despersonalización, por lo que presentarían el SQT.

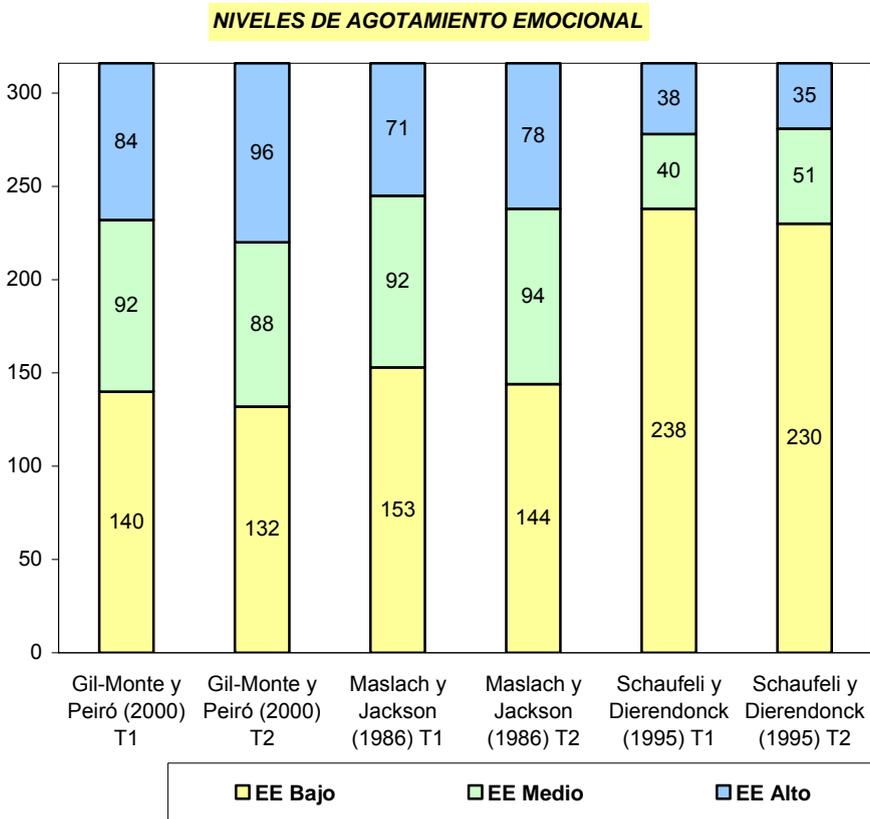
Con respecto al estudio holandés, se encontraron diferencias significativas en las medias de las tres dimensiones. La media obtenida en este estudio longitudinal fue significativamente inferior para Agotamiento emocional ( $t_{(456)} = 8.67, p < .001$ ) y para

Despersonalización ( $t_{(456)} = 8.04, p < .001$ ) El valor obtenido para la media en Realización personal en el trabajo ( $t_{(456)} = 10.90, p < .001$ ) fue significativamente superior en este estudio en comparación con la muestra de referencia.

En las figuras siguientes se puede apreciar la comparación entre los resultados de este estudio para Tiempo 1 y Tiempo 2 con los resultados obtenidos en los estudios significativos tomados como referencia (Maslach y Jackson, 1986; Gil-Monte y Peiró, 2000; Schaufeli y Van Dierendonck, 1995).

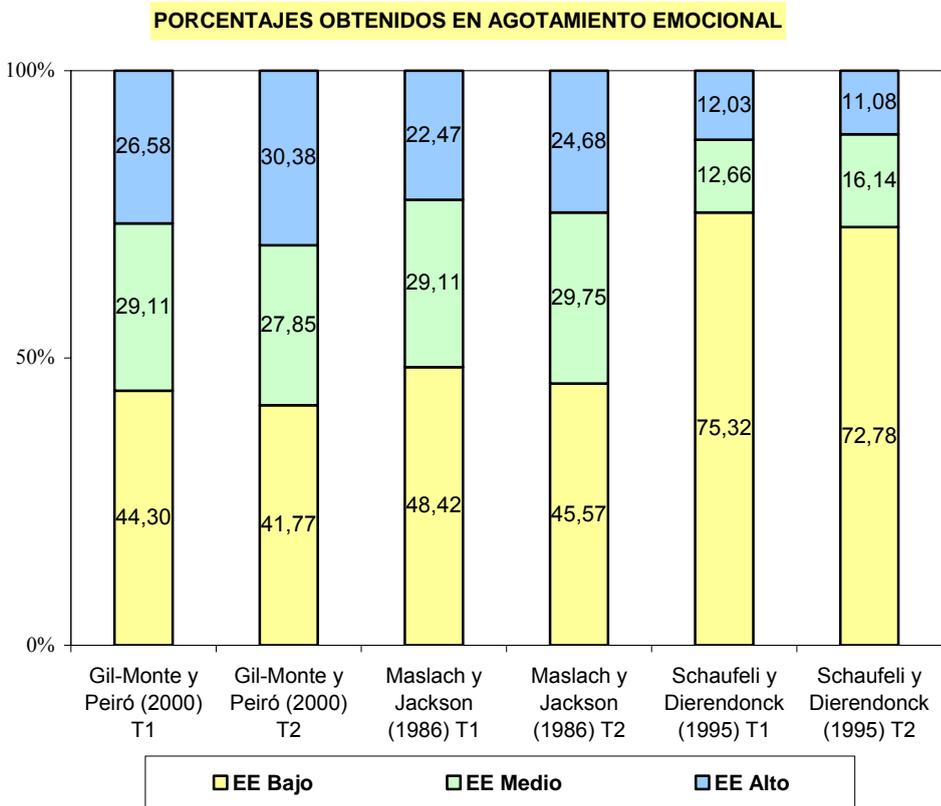


**Figura 17. Gráfico comparativo del número de participantes de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de agotamiento emocional**



*Nota: T1, distribución de los participantes en el T1 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica; T2, distribución de los participantes en el T2 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica*

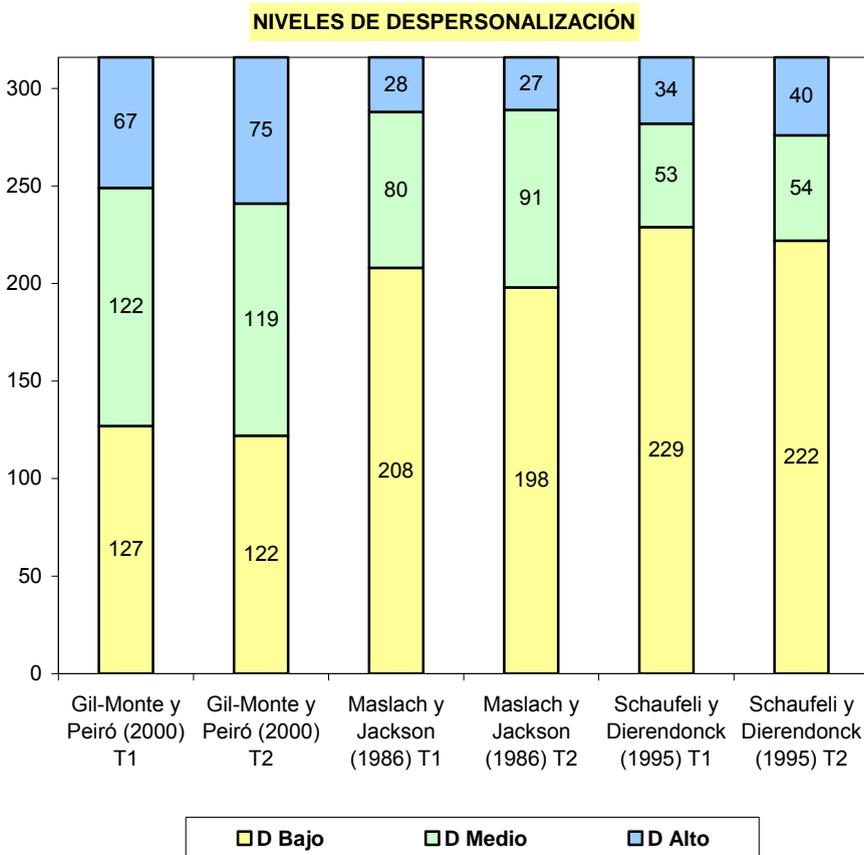
**Figura 18. Gráfico comparativo del porcentaje de participantes de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de agotamiento emocional**



*Nota: T1, distribución de los participantes en el T1 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica; T2, distribución de los participantes en el T2 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica*



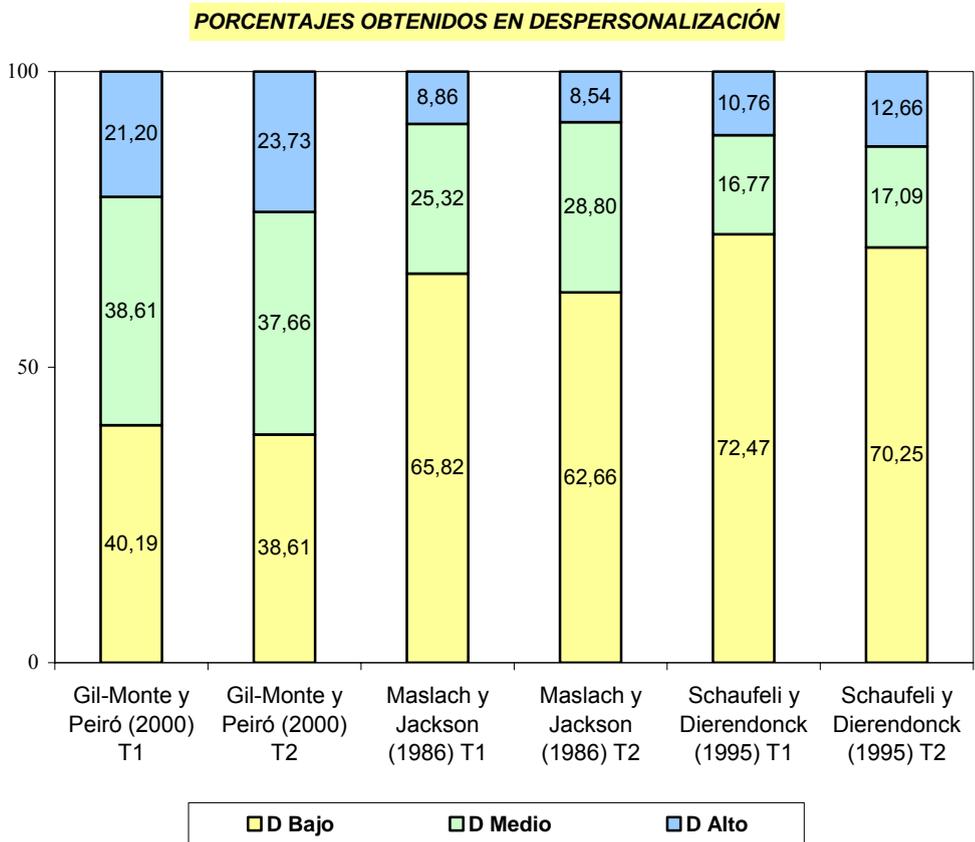
**Figura 19. Gráfico comparativo del número de sujetos de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de despersonalización**



*Nota: T1, distribución de los participantes en el T1 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica; T2, distribución de los participantes en el T2 de este estudio considerando los*

valores del estudio referidos en la gráfica

**Figura 20. Gráfico comparativo del porcentaje de sujetos de cada nivel de frecuencia del SQT, considerando los niveles de despersonalización**



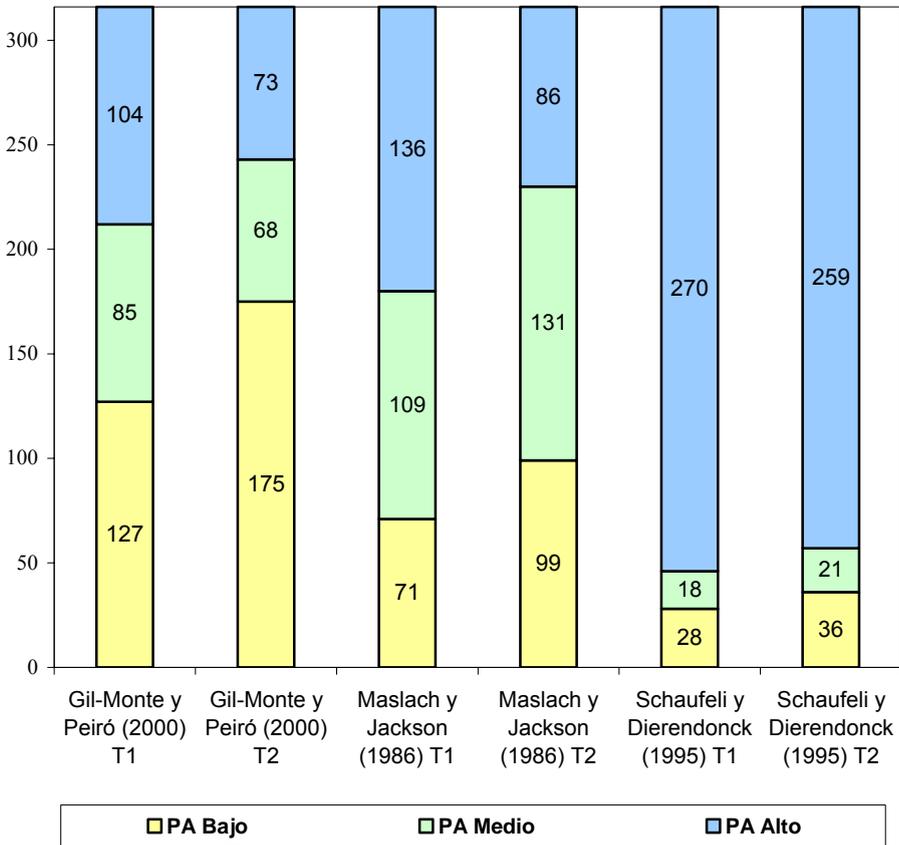
*Nota: T1, distribución de los participantes en el T1 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica; T2, distribución de los participantes en el T2 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica*

**Figura 21. Gráfico comparativo del número de sujetos de cada nivel de**



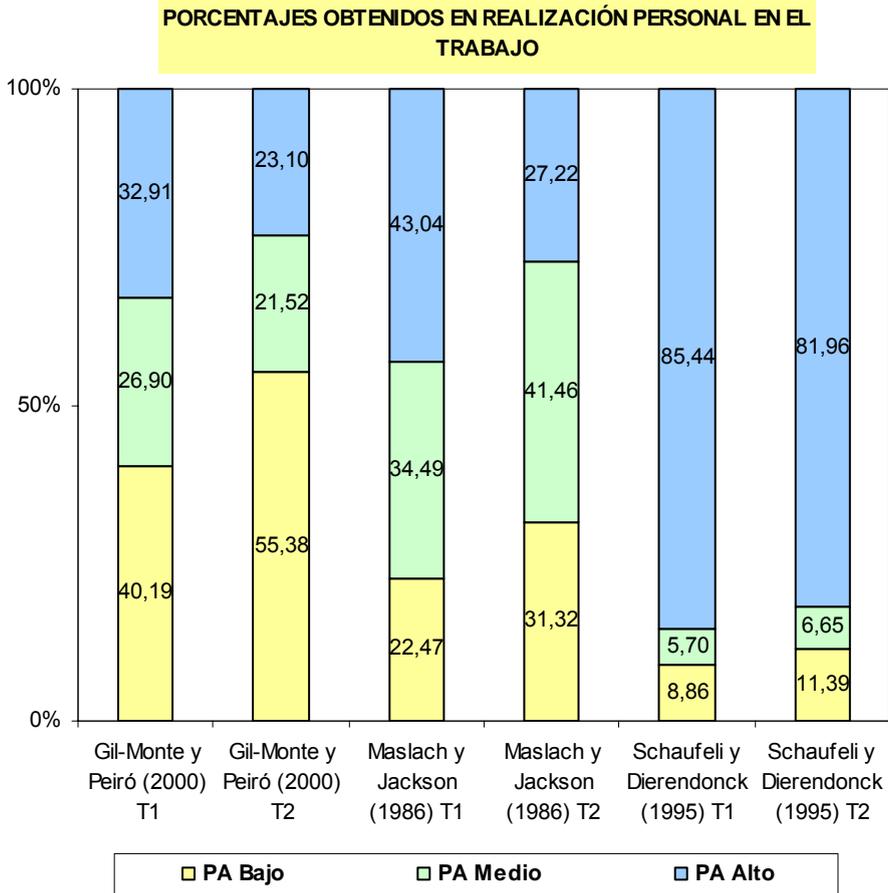
*frecuencia del SQT, considerando los niveles de realización personal en el trabajo*

**NIVELES DE REALIZACIÓN PERSONAL EN EL TRABAJO**



*Nota: T1, distribución de los participantes en el T1 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica; T2, distribución de los participantes en el T2 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica*

**Figura 22. Gráfico comparativo de los valores en porcentajes los niveles de realización personal en el trabajo**



*Nota: T1, distribución de los participantes en el T1 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica; T2, distribución de los participantes en el T2 de este estudio considerando los valores del estudio referidos en la gráfica*



#### 4.5 Objetivo III: análisis de correlaciones del estudio

En el estudio se realizaron los análisis de correlación entre las variables en T1 y en T2 (*Tabla 11, pág. 298*) y los análisis de correlación para el modelo longitudinal (*Tabla 12, pág. 299*). A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

En primer lugar, se detallan los resultados de la variable *Autoeficacia* como variable intrapersonal.

Con respecto a las relaciones longitudinales, los niveles de Autoeficacia en T1 mantuvieron una asociación significativa y negativa con las dimensiones del MBI Agotamiento Emocional en T2 ( $r = -.21, p \leq .01$ ) y Despersonalización en T2 ( $r = -.14, p \leq .05$ ) y, positiva y significativa, con la dimensión del MBI, Realización personal en el trabajo en T2, ( $r = .32, p \leq .01$ ).

Se confirma la Hipótesis 2 del estudio de manera que la variable Autoeficacia era un antecedente significativo del SQT en

todas sus dimensiones.

En segundo lugar, se detallan los resultados obtenidos en el análisis de correlaciones del grupo de variables interpersonales con las tres dimensiones del MBI.

En el modelo longitudinal, los niveles de *Motivación para la ayuda* en T1 se asociaron significativa y positivamente con los niveles de Realización personal en el trabajo en T2 ( $r = .23, p \leq .01$ ) confirmándose la **Hipótesis 3.3**. Por otro lado, la variable Motivación para la ayuda en T1 se asoció de manera significativa y negativa con Despersonalización en T2 ( $r = -.20, p \leq .01$ ), por lo que se confirmaba la **Hipótesis 3.2**. Sin embargo, no se encontró una relación manera significativa con Agotamiento emocional en T2. Estos resultados no confirmaban la **Hipótesis 3.1** de nuestro estudio para el modelo longitudinal.

Se puede concluir que la Motivación para la ayuda era un antecedente significativo de las dimensiones de Despersonalización y de Realización personal en el trabajo.



En relación a los resultados del análisis longitudinal, los niveles de *Apoyo social percibido* en T1 se asociaban significativa y negativamente con Agotamiento emocional en T2 ( $r = -.21, p \leq .01$ ), y Despersonalización en T2 ( $r = -.15, p \leq .01$ ) y, de forma positiva y significativa con Realización personal en el trabajo ( $r = .24, p \leq .01$ ) en T2. Por lo tanto, se cumplía la **Hipótesis 4** de este estudio, de forma que el Apoyo social percibido era un antecedente significativo del SQT en todas sus dimensiones.

La **Hipótesis 5** planteaba que la variable *Percepción de inequidad* sería un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI. Los resultados obtenidos confirmaron esta hipótesis.

En el modelo longitudinal, la Percepción de inequidad en T1 mantenía una relación significativa y positiva con Agotamiento emocional en T2 ( $r = .39, p \leq .01$ ) y con Despersonalización en T2 ( $r = .22, p \leq .01$ ) y, una relación significativa y negativa con Realización personal en el trabajo en T2 ( $r = -.17, p \leq .01$ ).

La **Hipótesis 6** se confirmó en su totalidad en el modelo longitudinal, puesto que los resultados mostraron que la variable ***Conflictos interpersonales*** en T1 mantenía una relación significativa y positiva con Agotamiento emocional en T2 ( $r = .35, p \leq .01$ ) y Despersonalización en T2 ( $r = .22, p \leq .01$ ), y una asociación negativa significativa con Realización personal en el trabajo en T2 ( $r = -.20, p \leq .01$ ).

Por lo tanto, la variable Conflictos interpersonales era un antecedente significativo del SQT en todas sus dimensiones.

A continuación se detallan los resultados obtenidos para las variables organizacionales consideradas en este estudio.

En primer lugar, se confirmó que la variable ***sobrecarga laboral*** en T1 era un antecedente significativo y positivo de Agotamiento emocional en T2 ( $r = .42, p \leq .01$ ) y de Despersonalización en T2 ( $r = .15, p \leq .01$ ) cumpliéndose las **Hipótesis 7.1** e **Hipótesis 7.2** respectivamente. Además, la variable sobrecarga laboral en T1 mantenía una relación significativa y negativa con Realización



personal en el trabajo en T2 como se esperaba en la **Hipótesis 7.3** ( $r = -.11$ ,  $p \leq .05$ ).

En vista a los resultados, la variable Sobrecarga laboral era un antecedente significativo del SQT en todas las dimensiones consideradas.

En segundo lugar, en el modelo longitudinal, la variable ***Conflicto de rol*** en T1 estaba relacionada significativa y de manera positiva con los niveles de Agotamiento emocional en T2 ( $r = .22$ ,  $p \leq .01$ ) y con Despersonalización en T2 ( $r = .13$ ,  $p \leq .05$ ), pero no mantenía ninguna relación significativa con Realización personal en el trabajo en T2, por lo que se cumplen las **Hipótesis 8.1 y 8.2**, no encontrando apoyo para la **Hipótesis 8.3**.

Por lo que se concluye que el Conflicto de rol era un antecedente significativo de las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización.

---

Por contra, la *Ambigüedad de rol* en T1, medida como Claridad de rol, se relacionaba significativamente y de forma positiva con Realización personal en el trabajo en T2 ( $r = .19, p \leq .01$ ) y de forma negativa con Agotamiento emocional en T2 ( $r = -.20, p \leq .01$ ), pero no hubo una relación significativa con Despersonalización en T2.

La **Hipótesis 9** de este estudio se confirmó parcialmente: la variable Ambigüedad de rol, medida como Claridad de rol, era un antecedente significativo de Agotamiento emocional y Realización personal en el trabajo.

En cuanto a la relaciones entre las dimensiones del MBI, en el modelo longitudinal, los resultados señalan que el *Agotamiento emocional* en T1 se relacionaba de forma significativa y positiva con *Despersonalización* en T2 ( $r = .29, p \leq .01$ ). Por su parte, la *Realización personal en el trabajo* en T1 se relacionaba de forma significativa y en la dirección esperada con Despersonalización en T2 ( $r = -.37, p \leq .01$ ) y con Agotamiento emocional en T2 ( $r = -.30, p \leq .01$ ) confirmándose la **Hipótesis 10** del estudio.



Por lo tanto, los niveles de Agotamiento emocional y de Realización personal en el trabajo fueron antecedentes significativos de los niveles de Despersonalización.

En el último grupo de variables consideradas en el estudio, relativas a las consecuencias del SQT, se obtiene los siguientes resultados.

En primer lugar, en cuanto a la *Satisfacción laboral*, las tres dimensiones del MBI en T1 fueron antecedentes significativos de Satisfacción laboral en T2, por lo que la **Hipótesis 11** del estudio se confirmó totalmente.

Se estableció una relación significativa y negativa entre el Agotamiento emocional en T1 y los niveles de Satisfacción laboral en T2 ( $r = -.45, p \leq .01$ ). La Despersonalización en T1 estableció una relación significativa y negativa con Satisfacción laboral en T2 ( $r = -.29, p \leq .01$ ).

Por último, los niveles de Realización personal en el trabajo en T1 se asociaron de forma positiva y significativa con Satisfacción

laboral en T2 ( $r = .23, p \leq .01$ ).

Las tres dimensiones del MBI fueron antecedentes significativos de Satisfacción laboral, confirmándose totalmente la **Hipótesis 11** del estudio en el modelo longitudinal.

En segundo lugar, se estableció una relación significativa y positiva entre el Agotamiento emocional en T1 y la variable *Problemas de salud* en T2 ( $r = .50, p \leq .01$ ). Los niveles de Despersonalización en T1 mantuvieron una relación significativa y positiva con Problemas de salud en T2 ( $r = .23, p \leq .01$ ). La variable realización personal en el trabajo en T1 se relaciona de manera significativa y negativa con los Problemas de salud ( $r = -.25, p \leq .01$ ).

Por lo tanto, las tres dimensiones del MBI fueron antecedentes significativos de Problemas de salud, confirmándose totalmente la **Hipótesis 12** del estudio en el modelo longitudinal.

Por último, en el modelo longitudinal, únicamente, los niveles de Agotamiento emocional en T1 se asociaron significativa y positivamente con los niveles de Absentismo en T2 ( $r = .11, p \leq .05$ ), por lo que la **Hipótesis 13** queda confirmada parcialmente.

**Tabla 11. Matriz de correlaciones para las variables del estudio en T1 y en T2**

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>1. Autoeficacia</b>	1	.18**	.28**	-.18**	-.15**	-.14*	.18**	-.06	-.27**	-.26**	.43**	.23**	-.17**	-.12*
<b>2. Motivación para la ayuda.</b>	.13*	1	.07	-.13*	-.01	-.02	.07	-.10	-.09	-.23**	.31**	.14*	-.02	.07
<b>3. Apoyo social percibido</b>	.17**	.08	1	-.31**	-.31**	-.42**	.36**	-.30**	-.35**	-.23**	.36**	.50**	-.29**	-.03
<b>4. Percepción de inequidad</b>	-.05	-.05	-.28**	1	.44**	.36**	-.26**	.26**	.50**	.30**	-.26**	-.57**	.39**	-.02
<b>5. Conflictos interpersonales</b>	-.05	-.11	-.18**	.21**	.37**	.25**	-.06	1	.40**	.24**	-.25**	-.37**	.29**	.10
<b>6. Sobrecarga laboral</b>	-.10	.10	-.17**	.36**	1	.46**	-.29**	.43**	.63**	.31**	-.17**	-.46**	.46**	.11*
<b>7. Conflicto de rol</b>	.10	.03	-.20**	.26**	.32**	1	-.29**	.41**	.42**	.29**	-.09	-.52**	.32**	-.005
<b>8. Ambigüedad de rol</b>	.19**	.05	.29**	-.15**	-.22**	-.23**	1	-.21**	-.26**	-.15**	.21**	.50**	-.19**	-.02
<b>9. Agotamiento emocional</b>	-.22**	-.06	-.25**	.47**	.50**	.34**	-.30**	.35**	1	.42**	-.36**	-.49**	.60**	.19**
<b>10. Despersonalización</b>	-.13*	-.23**	-.11*	.28**	.24**	.18**	-.21**	.29**	.44**	1	-.30**	-.27**	.27**	.04
<b>11. Realización personal</b>	.40**	.27**	.20**	-.15**	-.14*	-.01	.19**	-.20**	-.38**	-.31**	1	.31**	-.26**	-.05
<b>12. Satisfacción laboral</b>	.09	.04	.43**	-.47**	-.34**	-.38**	.43**	-.24**	-.47**	-.22**	.29**	1	-.38**	-.05
<b>13. Problemas de salud</b>	-.12*	-.04	-.21**	.31**	.29**	.13*	-.16**	.24**	.54**	.21**	-.25**	-.32**	1	.18**
<b>14. Absentismo</b>	.05	.03	.03	.04	.019	.02	.00	.06	.09	.08	-.03	-.07	.16**	1

*Nota1: Diagonal hacia abajo corresponde a las correlaciones en T1, y diagonal hacia arriba las correlaciones en T2; \* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$ , \*\*\* $p \leq .001$*

*Nota2: Los valores sombreados corresponden a las correlaciones transversales de las hipótesis formuladas.*

## Resultados

**Tabla 12. Matriz de correlaciones para las variables del estudio entre T1 y T2**

Variables T1 / T2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>1. Autoeficacia</b>	.54**	.13*	.22**	-.06	-.09	-.08	.13*	-.08	-.21**	-.14*	.32**	.10	-.12*	-.116*
<b>2. Motivación para la ayuda</b>	-.15**	.47**	.04	-.11	.12*	-.00	.08	-.06	-.07	-.20**	.23**	.04	-.01	-.00
<b>3. Apoyo social percibido</b>	.16**	.02	.57**	-.24**	-.18**	-.30**	.26**	-.16**	-.21**	-.15**	.24**	.39**	-.17**	.00
<b>4. Percepción de inequidad</b>	-.10	-.04	-.29**	.65**	.34**	.37**	-.21**	.25**	.39**	.22**	-.17**	-.42**	.27**	.06
<b>5. Conflictos interpersonales</b>	-.02	-.03	-.19**	.18**	.35**	.31**	-.12*	.62**	.35**	.22**	-.20**	-.28**	.22**	.09
<b>6. Sobrecarga laboral</b>	-.10	.10	-.25**	.30**	.62**	.36**	-.23**	.32**	.42**	.15**	-.11*	-.39**	.31**	.07
<b>7. Conflicto de rol</b>	-.01	.00	-.18**	.19**	.23**	.48**	-.14*	.27**	.22**	.13*	-.03	-.35**	.14*	.01
<b>8. Ambigüedad de rol</b>	.10	.02	.24**	-.14*	-.17**	-.22**	.48**	-.11*	-.20**	-.11	.19**	.39**	-.08	.03
<b>9. Agotamiento emocional</b>	.18**	-.07	-.27**	-.40**	.43**	.39**	-.24**	.35**	.68**	.29**	-.29**	-.45**	.50**	.11*
<b>10. Despersonalización</b>	-.13*	-.22**	-.22**	.26**	.27**	.24**	-.18**	.26**	.28**	.52**	-.27**	-.29**	.23**	.10
<b>11. Baja realización personal</b>	.34**	.26**	.23**	-.16**	-.15**	-.08	.12*	-.18**	-.30**	-.37**	.58**	.23**	-.25**	-.11
<b>12. Satisfacción laboral</b>	.13*	.04	.38**	-.44**	-.30**	-.40**	.41**	-.25**	-.38**	-.20**	.23**	.71**	-.31**	-.11
<b>13. Problemas de salud</b>	-.09	-.01	-.25**	.29**	.34**	.29**	-.08	.24**	.51**	.17**	-.18**	-.34**	.68**	.07
<b>14. Absentismo</b>	.01	.03	.01	.06	.03	.00	.03	.05	.14*	.08	-.08	-.03	.15*	.37**

*Nota1: \*p≤05, \*\*p≤01, \*\*\*p≤001*

*Nota2: Los valores sombreados corresponden a las correlaciones longitudinales de las hipótesis formuladas*



#### 4.6 Análisis de regresión longitudinales

A continuación se analizan los porcentajes de varianza que explican las variables independientes en T1 con respecto a las variables dependientes del estudio recogidas en T2, teniendo en consideración la varianza explicada por las variables sociodemográficas género, edad y tipo de contrato introducidas en un primer paso.

En primer lugar, los resultados de los análisis de regresión realizados sobre la variable *Autoeficacia* y las dimensiones del SQT en el modelo longitudinal, indicaban que la variable Realización personal en el trabajo en T2 estaba influida de manera significativa por las variables Realización personal en T1 ( $\beta = .54, p \leq .001$ ) y Autoeficacia en T1 ( $\beta = .11, p \leq .05$ ).

La variable Realización personal en T1 explicó el 33.5% de la varianza, mientras que la variable Autoeficacia en T1 añadió el 0.9% de la varianza explicada, siendo en conjunto 34.4 %. Sin embargo, la Autoeficacia en T1 no explicaba porcentaje de varianza significativo

en las otras dos dimensiones del MBI en T2.

Los resultados refuerzan totalmente la **Hipótesis 2.3** del estudio, ya que se ha obtenido que la Autoeficacia en T1 era un antecedente significativo y positivo de Realización personal en el trabajo en T2 (Tabla 13).

**Tabla 13. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre la Autoeficacia .y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento Emocional T1	.66***	.442***	
3	<i>Autoeficacia</i> T1	-.061	.003*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.466	53.761***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.51***	.260***	
3	<i>Autoeficacia</i> T1	-.07	.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			.280	23.990***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.54***	.335***	
3	<i>Autoeficacia</i> T1	.11*	.009*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.344	33.543***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$



En segundo lugar, la variable *Motivación para la ayuda* en T1 no explicaba ningún porcentaje de varianza en ninguna de las tres dimensiones del SQT en T2. No se encontraron efectos significativos entre las medidas en T1 de Motivación para la ayuda y las dimensiones del SQT en T2 (Tabla 14).

**Tabla 14. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre la Motivación para la ayuda y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento Emocional T1	.67***	.442***	
3	<i>Motivación ayuda</i> T1	-.035	.001	
Est. Ecuación F (5, 308)			.464	53.274***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.50***	.260***	
3	<i>Motivación ayuda</i> T1	-.09	.008	
Est. Ecuación F (5, 308)			.280	24.404***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.57***	.335***	
3	<i>Motivación ayuda</i> T1	.07	.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			.348	32.819***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En tercer lugar, el análisis de regresión realizado para *Apoyo social percibido* mostraba un efecto significativo de esta variable en T1 con Realización personal en T2. Los niveles de Realización personal en T2 estaban influidos por los niveles de Realización personal en T1 y el Apoyo social percibido en T1. De manera que explicaban 33.5% y el 1.5% de la varianza sobre la Realización personal en T2. El Apoyo social percibido no explicaba ningún porcentaje de varianza significativo sobre Agotamiento emocional en T2 y sobre Despersonalización en T2 (Tabla 15).

En cuarto lugar, la variable *Percepción de inequidad en T1* no explicaba ningún porcentaje de varianza en ninguna de las tres dimensiones del SQT en T2. No se encontró efectos significativos entre las medidas en T1 de Percepción de inequidad y las dimensiones del SQT en T2 (Tabla 16).



**Tabla 15. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre el Apoyo social y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento Emocional T1	.66***	.442***	
3	<i>Apoyo social</i> T1	-.04	.002	
Est. Ecuación F (5, 308)			.464	53.370***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.51***	.260***	
3	<i>Apoyo social</i> T1	-.09	.008	
Est. Ecuación F (5, 308)			.284	24.490***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.56***	.335***	
3	<i>Apoyo social</i> T1	.13*	.015	
Est. Ecuación F (5, 308)			.359	34.447***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$

**Tabla 16. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre el Percepción de inequidad y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento Emocional T1	.63***	.442***	
3	<i>Percepción. de inequidad T1</i>	.09	.007	
Est. Ecuación F (5, 308)			.469	54.420***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.50***	.260***	
3	<i>Percepción. de inequidad T1</i>	.09	.007	
Est. Ecuación F (5, 308)			.283	24.355***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.57***	.335***	
3	<i>Percepción. de inequidad T1</i>	-.09	.008	
Est. Ecuación F (5, 308)			.351	33.311***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

Los resultados realizados sobre la variable **Conflictos interpersonales** y las dimensiones del SQT en el modelo longitudinal, indicaron que la variable Agotamiento emocional en T2 estaba influida de manera significativa por las variables Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = .63, p \leq .001$ ) y Conflictos Interpersonales en T1 ( $\beta = .13, p \leq .05$ ). La variable Agotamiento emocional en T1 explicó el



44.2 % de la varianza en Agotamiento emocional en T2, a lo que se añadió un 1.3% de Conflictos interpersonales en T1, siendo en conjunto del 47.6%.

Además, la variable Conflictos interpersonales en T1 explicaba 0.8% de varianza significativa sobre Realización personal en el trabajo en T2 ( $\beta = -.10$ ,  $p \leq .05$ ). Los niveles de Conflictos interpersonales en T1 no explicaron un porcentaje de varianza significativo sobre Despersonalización en T2 (tabla 17).

En cuanto a las relaciones entre *Sobrecarga laboral* y las dimensiones del MBI, los resultados de las regresiones jerárquicas indicaron que las puntuaciones de la variable Agotamiento emocional en T2 estaban influenciadas de forma significativa por las variables Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = .62$ ,  $p \leq .001$ ) y la Sobrecarga laboral en T1 ( $\beta = .12$ ,  $p \leq .05$ ). La variable Agotamiento emocional en T1 explicó el 44.2 % de la varianza, mientras que la Sobrecarga laboral en T1 añadió un 1% de la varianza explicada. El porcentaje de varianza explicado en conjunto por dichas variables ascendió al 47.3 % de la varianza.

**Tabla 17. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Conflictos interpersonales y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento Emocional T1	.63***	.442***	
3	<i>Conflictos Inter. T1</i>	.13*	.013*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.476	55.921***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.49***	.261***	
3	<i>Conflictos Inter. T1</i>	.09	.007	
Est. Ecuación F (5, 308)			.283	24.285***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.57***	.335***	
3	<i>Conflictos Inter. T1</i>	-.10*	.008*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.352	33.311***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$

Por el contrario, los análisis estadísticos mostraron que la Sobrecarga laboral en T1 no explicaba porcentajes de varianza significativos sobre las variables Despersonalización en T2 y Realización personal en el Trabajo en T2 (Tabla 18).



**Tabla 18. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Sobrecarga laboral y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	<i>Agotamiento Emocional T1</i>	.62**	.442***	
3	<i>Sobrecarga laboral T1</i>	.12*	.010*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.473	55.208***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	<i>Despersonalización T1</i>	.515	.260**	
3	<i>Sobrecarga laboral T1</i>	.023	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.277	23.550***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	<i>Realización Personal T1</i>	.58**	.335***	
3	<i>Sobrecarga laboral T1</i>	-.03	.001	
Est. Ecuación F (5, 308)			.344	32.314***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$

Los análisis realizados muestran que el *Conflicto de rol* en T1 no tenía ningún efecto significativo sobre las dimensiones del SQT, ni explicaba un porcentaje de varianza significativo (Tabla 19).

**Tabla 19. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Conflicto de rol y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento emocional T1	.68***	.442***	
3	Conflicto de rol T1	-.01	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.463	55.033***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.51**	.260***	
3	Conflicto de rol T1	.05	.002	
Est. Ecuación F (5, 308)			.278	23.732***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.58**	.335***	
3	Conflicto de rol T1	-.02	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.344	32.250***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$

La *Ambigüedad de rol*, medida como *Claridad de rol*, no explicaba ningún porcentaje de varianza en ninguna de las tres dimensiones del SQT en T2. No se encontraron efectos significativos entre las medidas en T1 de Ambigüedad de rol y las dimensiones del SQT en T2 (Tabla 20).



**Tabla 20. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Ambigüedad de rol (Claridad de rol) y las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento Emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	<i>Agotamiento Emocional</i> T1	.67***	.442***	
3	<i>Ambigüedad de rol</i> T1	-.01	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.463	55.019***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.52**	.260***	
3	<i>Ambigüedad de rol</i> T1	.00	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.276	23.492***
<i>Realización Personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Personal T1	.57**	.335***	
3	<i>Ambigüedad de rol</i> T1	.09	.007	
Est. Ecuación F (5, 308)			.350	32.213***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$

Para estudiar los antecedentes de dimensión del MBI ***Despersonalización*** en T2, de forma longitudinal, se realizó el análisis de regresión con las variables del MBI en T1 (Tabla 21). Los resultados obtenidos nos muestran que los niveles de ***Agotamiento emocional*** en T1 no explicaban varianza en Despersonalización en

T2. Por otro lado, los análisis de datos mostraron que los niveles de Despersonalización en T2 estaban influenciados por los niveles de Despersonalización en T1 ( $\beta = .45$ ,  $p \leq .001$ ) y la *Realización personal en el trabajo* en T1 ( $\beta = -.23$ ,  $p \leq .001$ ). La Despersonalización en T1 explicaba el 26.7 % de la varianza y la Realización personal en el trabajo añadía el 4.6 % de la varianza explicada.

**Tabla 21. Análisis de regresión jerárquica entre las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.48***	.260***	
3	Agotamiento Emoc T1	.08	.005	
Est. Ecuación F (5, 308)			.281	24.068***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	Despersonalización T1	.45***	.267***	
3	Realización Pers. T1	-.23***	.046***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.322	29.232***

\* $p \leq .05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$



Se analizaron también las regresiones jerárquicas para la variable *Satisfacción laboral*. Los resultados mostraron que los niveles de Satisfacción laboral en T2 estaban relacionados con los niveles de Satisfacción laboral en T1 ( $\beta = .65, p \leq .001$ ) y la dimensión del MBI Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = -.15, p \leq .001$ ). La variable Satisfacción laboral en T1 explicaba el 48% de la varianza y la dimensión del MBI Agotamiento emocional en T1 añadía la explicación del 1.8 % de la misma (Tabla 22).

Además, la Satisfacción laboral en T2 estaba relacionada con la Satisfacción laboral en T1 ( $\beta = .69, p \leq .001$ ) y Despersonalización en T1 ( $\beta = -.14, p \leq .001$ ) Los resultados mostraron que la Satisfacción laboral en T1 explicaba un 48% de la varianza, como en el caso anterior, y que la variable Despersonalización en T1 añadía el 1.7% de la varianza.

Sin embargo, los resultados no mostraron relaciones significativas entre la dimensión del MBI Realización personal en el trabajo en T1 y Satisfacción laboral en T2.

**Tabla 22. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable satisfacción laboral**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Satisfacción laboral T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.022	
2	<i>Satisfacción laboral T1</i>	.65***	.480***	
3	Agotamiento emocional T1	-.15***	.018***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.520	66.778***
<i>Satisfacción laboral T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.022	
2	<i>Satisfacción laboral T1</i>	.69***	.480***	
3	Despersonalización T1	-.14***	.017***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.520	66.402***
<i>Satisfacción laboral T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.022	
2	<i>Satisfacción laboral T1</i>	.71***	.480***	
3	Realización pers. T1	.02	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.502	62.132***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En cuanto a la variable **Problemas de salud**, se encontró que tanto los niveles de Agotamiento emocional como los niveles de Despersonalización en T1 influían significativamente en los Problemas de salud en T2 (Tabla 23).



**Tabla 23. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable Problemas de salud**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Problemas de salud T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.030*	
2	<i>Problemas de salud T1</i>	.57***	.442***	
3	Agotamientoemoc. T1	.20***	.027***	
Est. Ecuación F (5, 285)			.497***	60.985***
<i>Problemas de salud T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.030*	
2	<i>Problemas de salud T1</i>	.65***	.442***	
3	Despersonalización T1	.10*	.009***	
Est. Ecuación F (5, 285)			.480	56.916***
<i>Problemas de salud T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.030*	
2	<i>Problemas de salud T1</i>	.65***	.442***	
3	Realización pers. T1	-.08	.006	
Est. Ecuación F (5, 285)			.476	56.044***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$

Los resultados mostraron que los niveles de Problemas de salud en T2 estaban influenciados por los niveles de Problemas de salud en T1 ( $\beta = .57, p \leq .001$ ) y la dimensión del MBI Agotamiento emocional ( $\beta = .20, p \leq .001$ ) en T1. La variable Problemas de salud

en T1 explicaba el 44% de la varianza y la dimensión del MBI Agotamiento emocional en T1 añadía la explicación del 2.7% de la misma.

Por otro lado, los niveles de Problemas de salud en T2 eran predichos por los niveles de Problemas de salud en T1 ( $\beta = .65$ ,  $p \leq .001$ ) y Despersonalización en T1 ( $\beta = .10$ ,  $p \leq .05$ ). Los resultados mostraron que los Problemas de salud en T1 explicaban un 44% de la varianza, como en el caso anterior, y que la variable Despersonalización en T1 añadía el 0.9 % de la varianza.

Cabe resaltar que las variables demográficas, tipo de contrato, sexo y edad, en T1 explicaban un 3% de varianza añadida sobre los niveles de Problemas de salud en T2, junto a cada una de las dimensiones del MBI y los niveles de Problemas de salud en T1.

Del mismo modo, se utilizaron los análisis de regresión jerárquica para comprobar que las dimensiones del MBI en T1 eran variables predictoras de los niveles de *Absentismo* en T2. (Tabla 24). En primer lugar, los resultados no mostraron relaciones entre ninguna dimensión del MBI en T1 y Absentismo en T2.



**Tabla 24. Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable absentismo**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Absentismo T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.004	
2	<i>Absentismo T1</i>	.36***	.131***	
3	Agotamiento emoc. T1	.08	.007	
Est. Ecuación F (5, 285)			.142	9.403***
<i>Absentismo T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.004	
2	<i>Absentismo T1</i>	.36***	.131***	
3	Despersonalización T1	.07	.005	
Est. Ecuación F (5, 285)			.140	9.277***
<i>Absentismo T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.004	
2	<i>Absentismo T1</i>	.36***	.131***	
3	Realización pers. T1	-.10	.010	
Est. Ecuación F (5, 285)			.145	9.659***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En segundo lugar, los niveles de Absentismo en T2 estaban influenciados por los niveles de Absentismo en T1 en cada una de las regresiones que se realizó con las dimensiones del SQT.

Tanto con Agotamiento emocional como con Despersonalización y Realización personal en el trabajo, como variables independientes, el Absentismo en T1 explicaba el 13% de la

varianza en Absentismo en T2 ( $\beta = .36, p \leq .001$ ).

A continuación siguiendo las recomendaciones de Zapf, Dormann y Freser (1996), se comprobó la bidireccionalidad de las relaciones mediante análisis estadísticos de regresión jerárquica.

En cuanto a la *Autoeficacia*, los resultados estadísticos mostraron que los niveles de Autoeficacia en T2 estaban influenciados por los niveles de Autoeficacia en T1 ( $\beta = .48, p \leq .001$ ) y la Realización personal ( $\beta = .15, p \leq .01$ ) en T1. La variable Autoeficacia en T1, en primer lugar, explicaba el 28.5 % de la varianza, mientras que la Realización personal en T1 añadía un 1.8 %. Por tanto, en este caso sí que existía bidireccionalidad en las relaciones.

Con respecto a las dimensiones del MBI, Agotamiento emocional y Despersonalización, medidas en T1, no explicaban un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable Autoeficacia en T2 (Tabla 25).



**Tabla 25. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Autoeficacia**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Autoeficacia T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.003	
2	<i>Autoeficacia</i> T1	.52***	.285***	
3	Agotamiento emoc. T1	-.06	.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			.292	25.435***
<i>Autoeficacia T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.003	
2	<i>Autoeficacia</i> T1	.53***	.285***	
3	Despersonalización T1	-.06	.003	
Est. Ecuación F (5, 308)			.292	25.404***
<i>Autoeficacia T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.003	
2	<i>Autoeficacia</i> T1	.48***	.285***	
3	Realización pers. T1	.15**	.018**	
Est. Ecuación F (5, 308)			.307	27.295***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En segundo lugar, con respecto a la *Motivación para la ayuda* en T2, los niveles de Despersonalización y Realización personal en el trabajo medidos en T1, explicaban un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable motivación para la ayuda en T2 ( $\beta = -.10$ ,  $p \leq .05$  y  $\beta = .14$ ,  $p \leq .05$  respectivamente) pero en este caso no existe bidireccionalidad en las relaciones. No se encontró una

relación significativa con agotamiento emocional en T1 (Tabla 26).

**Tabla 26. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Motivación para la ayuda**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Motivación para la ayuda T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	<i>Motivación para la ayuda T1</i>	.467***	.217***	
3	Agotamiento emocional T1	-	.002	
		.04		
Est. Ecuación F (5, 308)			.227	18.082***
<i>Motivación para la ayuda T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	<i>Motivación para la ayuda T1</i>	.45***	.217***	
3	Despersonalización T1	-.10*	.010	
Est. Ecuación F (5, 308)			.235	18.915***
<i>Motivación para la ayuda T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	<i>Motivación para la ayuda T1</i>	.43***	.217***	
3	Realización pers. T1	.14*	.019	
Est. Ecuación F (5, 308)			.244	19.899***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En tercer lugar, los resultados estadísticos mostraron que los niveles de *Apoyo social* en T2 estaban relacionados con los niveles de Apoyo social en T1 ( $\beta = .54, p \leq .001$ ) y el Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = -.15, p \leq .05$ ) en T1. La variable Apoyo social en T1, en



primer lugar, explicaba el 32.9 % de la varianza, mientras que el Agotamiento emocional en T1 añadía un 2.1 %.

Con respecto a la dimensión de Despersonalización, los niveles de Apoyo social en T2 eran predichos por los niveles de Apoyo social en T1 ( $\beta = .56, p \leq .001$ ) y de Despersonalización en T1 ( $\beta = -.17, p \leq .001$ ). La variable Apoyo social en T1, en primer lugar, explicaba el 32.9% de la varianza, mientras que el Agotamiento emocional en T1 añadía un 2.6%.

Con respecto a la dimensión del MBI, Realización personal en el trabajo, medida en T1 se dio una relación significativa inversa, que explicaba un porcentaje de varianza significativo de 1.3 % con respecto a la variable Apoyo social en T2. Los niveles de Apoyo social en T2 eran predichos por los niveles de Apoyo social en T1 ( $\beta = .55, p \leq .001$ ) y Realización personal en T1 ( $\beta = -.12, p \leq .05$ ) en T1 (Tabla 27).

En cuarto lugar, con respecto a la *Percepción de inequidad* en T2, los niveles de Percepción de inequidad en T2 estaban relacionados por los niveles de Percepción de inequidad en T1 ( $\beta = .59, p \leq .001$ ) y de Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = .12, p \leq .05$ ).

El resto de las dimensiones del MBI, medidas en T1, no explicaban un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable Percepción de inequidad en T2. No existieron pues relaciones inversas significativas (Tabla 28).

**Tabla 27. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Apoyo Social percibido**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Apoyo social percibido T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.004	
2	<i>Apoyo social</i> T1	.54***	.329***	
3	Agotamiento emoc. T1	-.15*	.021*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.354	33.733***
<i>Apoyo social percibido T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.004	
2	<i>Apoyo social</i> T1	.56***	.329***	
3	Despersonalización T1	-.17***	.026***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.359	34.487***
<i>Apoyo social percibido T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.004	
2	<i>Apoyo social</i> T1	.55***	.329***	
3	Realización pers. T1	-.12*	.013*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.345	32.493***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$



**Tabla 28. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Percepción de inequidad**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Percepción de inequidad T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.017	
2	<i>Percepción inequidad T1</i>	.59***	.405***	
3	Agotamiento emocional T1	.12*	.011*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.433	47.037***
<i>Percepción de inequidad T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.017	
2	<i>Percepción inequidad T1</i>	.63***	.405***	
3	Despersonalización T1	.08	.005	
Est. Ecuación F (5, 308)			.428	46.054***
<i>Percepción de inequidad T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.017	
2	<i>Percepción inequidad T1</i>	.64***	.405***	
3	Realización pers. T1	-.07	.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			.427	45.884***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En cuanto a los **Conflictos interpersonales**, los resultados estadísticos mostraron que los niveles de Conflictos interpersonales en T2 eran predichos por los niveles de Conflictos interpersonales en T1 ( $\beta = .55$ ,  $p \leq .001$ ) y el Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = .14$ ,  $p \leq .05$ ). La variable Conflictos interpersonales en T1, en primer lugar,

explicaba el 34% de la varianza, mientras que el Agotamiento emocional en T1 añadía un 1.7%. Por tanto, en este caso si que existía una relación significativa inversa. Con respecto a las dimensiones del MBI, Realización personal en el trabajo y Despersonalización, medidas en T1, no explicaban un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable Conflictos interpersonales en T2 (Tabla 29).

**Tabla 29. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Conflictos interpersonales**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Conflictos interpersonales T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.067***	
2	<i>Conflictos interpers</i> .T1	.55***	.340***	
3	Agotamiento emocional T1	.14*	.017*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.423	45.131***
<i>Conflictos interpersonales T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.067***	
2	<i>Conflictos interpers</i> .T1	.58***	.340***	
3	Despersonalización T1	.07	.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			.411	42.917***
<i>Conflictos interpersonales T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.067***	
2	<i>Conflictos interpers</i> .T1	.59***	.340***	
3	Realización pers. T1	-.04	.002	
Est. Ecuación F (5, 308)			.408	42.454***



. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

Los resultados estadísticos mostraron que los niveles de ***Sobrecarga laboral*** en T2 estaban influidos por la Sobrecarga laboral en T1 ( $\beta = .53$ ,  $p \leq .001$ ), que predice el 38% de la varianza, y la dimensión del MBI Agotamiento emocional ( $\beta = .18$ ,  $p \leq .001$ ), que añadía un 2.3 % a la explicación de la varianza, aumentando la varianza conjunta a un 41.4 %. Por tanto, existía una relación significativa inversa (Tabla 30).

Además, los resultados de los análisis estadísticos, también, mostraron que la Sobrecarga laboral en T2 estaba significativamente influida por los niveles de Sobrecarga laboral en T1 ( $\beta = .59$ ,  $p \leq .001$ ) y los niveles de Despersonalización en T1 ( $\beta = .13$ ,  $p \leq .05$ ). En este caso, la Sobrecarga laboral explicó también el 38% de la varianza, pero la dimensión del MBI tan sólo añadió el 1.4% de la varianza explicada. En este caso no se dio bidireccionalidad en la relación entre las variables. Con respecto a la dimensión del MBI, Realización personal en el trabajo, medida en T1, los resultados mostraron que no explica un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable Sobrecarga laboral en T2.

**Tabla 30. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Sobrecarga laboral**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Sobrecarga laboral T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.011	
2	<i>Sobrecarga laboral T1</i>	.53***	.380***	
3	Agotamiento emocional T1	.18***	.023***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.414	43.515***
<i>Sobrecarga laboral T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.011	
2	<i>Sobrecarga laboral T1</i>	.59***	.381***	
3	Despersonalización T1	.13*	.014*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.411	42.062***
<i>Sobrecarga laboral T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.011	
2	<i>Sobrecarga laboral T1</i>	.61***	.381***	
3	Realización pers. T1	.061	.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			.395	40.197***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

Con respecto a los niveles de *Conflicto de rol* en T2, los resultados estadísticos mostraron que estaban relacionados por el Conflicto de rol en T1 ( $\beta = .39, p \leq .001$ ), que predecía el 21.4 % de la varianza, y, el Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = .25, p \leq .001$ ), que añadía un 5.7 % a la explicación de la varianza, ascendiendo la



explicación conjunta de la varianza a un 28.6 %.

Los datos también, mostraron que el Conflicto de rol en T2 estaba significativamente influido por los niveles de Conflicto de rol en T1 ( $\beta = .45, p \leq .001$ ) y los niveles de Despersonalización en T1 ( $\beta = .16, p \leq .01$ ). En este caso, el Conflicto de rol seguía explicando el 21% de la varianza, pero la Despersonalización añadía el 2% de la varianza explicada

Con respecto a la dimensiones del MBI, Realización personal en el trabajo, medida en T1, los resultados mostraron que no explicaba un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable Conflicto de rol en T2 (Tabla 31).

En relación a la *Ambigüedad de rol* en T2, medida como Claridad de rol, los resultados estadísticos mostraron que los niveles de Ambigüedad de rol en T2 estaban relacionados por los niveles de Ambigüedad de rol en T1 ( $\beta = .46, p \leq .001$ ) y el Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = -.11, p \leq .05$ ). La variable Ambigüedad de rol, en primer lugar, explicaba el 23.5 % de la varianza, mientras que el

Agotamiento emocional añadía un 1.1%. Sin embargo, en este caso no existía bidireccionalidad en las relaciones.

El resto de las dimensiones del MBI, medidas en T1, no explicaban un porcentaje de varianza significativo con respecto a la variable Ambigüedad de rol en T2 (Tabla 32).

**Tabla 31. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Conflicto de rol**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Conflicto de rol T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.015	
2	<i>Conflicto de rol</i> T1	.39***	.214***	
3	Agotamiento emoc. T1	.25***	.057***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.286	24.670***
<i>Conflicto de rol T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.015	
2	<i>Conflicto de rol</i> T1	.45***	.214***	
3	Despersonalización T1	.16**	.02 ***	
Est. Ecuación F (5, 308)			.25	20.905***
<i>Conflicto de rol T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.015	
2	<i>Conflicto de rol</i> T1	.47***	.214***	
3	Realización pers. T1	-.07	.005	
Est. Ecuación F (5, 308)			.234	18.824***

. \* $\rho \leq .05$  \*\* $\rho \leq .01$  \*\*\* $\rho \leq .001$



**Tabla 32. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Ambigüedad de rol**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Ambigüedad de rol T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.005	
2	<i>Ambigüedad de rol T1</i>	.46***	.235***	
3	Agotamientoemoc. T1	-.11*	.011*	
Est. Ecuación F (5, 308)			.246	20.639***
<i>Ambigüedad de rol T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.005	
2	<i>Ambigüedad de rol T1</i>	.47***	.235***	
3	Despersonalización T1	-.08	.006	
Est. Ecuación F (5, 308)			.246	20.092***
<i>Ambigüedad de rol T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.005	
2	<i>Ambigüedad de rol T1</i>	.48***	.235***	
3	Realización pers.T1	.03	.001	
Est. Ecuación F (5, 308)			.24	19.564

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

Por lo que se refiere a las relaciones entre las dimensiones del MBI se obtuvo que la **Realización personal en el trabajo** en T1 se asociaba con los niveles de Realización personal en T2 ( $\beta = .55$ ,  $p \leq .001$ ). En esta relación, la Realización personal en T1 explica un

33.5% de la varianza sobre la misma variable en T2. Además, los resultados fueron significativos entre Despersonalización en T1 y Realización personal en T2 ( $\beta = -.10, p \leq .05$ ). Por otro lado, los niveles de Agotamiento emocional en T1 explicaban un 44.2% de la varianza sobre Agotamiento emocional en T2 ( $\beta = .68, p \leq .001$ ).

Se dio una relación significativa inversa entre Realización personal en T2 y Despersonalización en T1 (Tabla 33).

**Tabla 33. Análisis de regresión jerárquica para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
Agotamiento Emocional T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento Emocional T1	.68***	.442***	
3	Despersonaliz. T1	-.01	.000	
Est. Ecuación F (5, 308)			.463	53.031***
Realización Personal T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	Realización Pers.T1	.55***	.335***	
3	Despersonaliz. T1	-.10*	.008	
Est. Ecuación F (5, 308)			.351	33.328***

\* $p \leq .05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$



Finalmente, existía una relación bidireccional significativa entre la *Satisfacción laboral* y los niveles de Despersonalización. Los resultados indicaron que los niveles de Despersonalización en T2 eran explicados por los niveles de Despersonalización en T1 ( $\beta = .50$ ,  $p \leq .001$ ) y los niveles de Satisfacción laboral en T1 ( $\beta = -.12$ ,  $p \leq .05$ ).

Así, la variable Despersonalización en T1 junto a la Satisfacción laboral en T1 explicaban conjuntamente el 27.2% de la varianza sobre Despersonalización en T2.

Por otra parte, los resultados han mostrado que la Satisfacción laboral en T1 no explicaba porcentajes de varianza significativos en las dimensiones del MBI Agotamiento emocional y Realización personal en T2. (Tabla 34).

**Tabla 34. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable satisfacción laboral**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento emocional T1	.65***	.442***	
3	<i>Satisfacción laboral</i> T1	-.09	.005	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.468	54.165***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	<i>Despersonalización</i> T1	.50***	.260	
3	<i>Satisfacción laboral</i> T1	-.12*	.012*	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.29	24.904***
<i>Realización personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	<i>Realización personal</i> T1	.56***	.335***	
3	<i>Satisfacción laboral</i> T1	.07	.004	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.347	32.714***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

En relación a la variable *Problemas de salud*, los datos también mostraron que el Agotamiento emocional en T2 era significativamente influido por los niveles de Problemas de salud en T1 ( $\beta = .19$ ,  $p \leq .001$ ) y los niveles de Agotamiento emocional en T1 ( $\beta = .57$ ,  $p \leq .001$ ). En este caso, el Agotamiento emocional en T1



explicaba el 44.2 % de la varianza, y Problemas de salud en T1 añadía el 2.4% de la varianza explicada. En este caso, si que existía bidireccionalidad. Con respecto a las otras dos dimensiones del MBI en T2, no se encontró bidireccionalidad en la relación con los Problemas de salud en T1 (Tabla 35).

Finalmente, los resultados mostraron que los niveles de Absentismo en T1 no explicaban porcentajes de varianza significativos en ninguna de las dimensiones del MBI (Tabla 36).

**Tabla 35. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Problemas de salud**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.020	
2	Agotamiento emoc. T1	.57***	.442***	
3	<i>Problemas salud</i> T1	.19***	.024***	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.487	58.408***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.016	
2	<i>Despersonalización</i> T1	.50***	.260***	
3	<i>Problemas salud</i> T1	.07	.005	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.281	24.030***
<i>Realización personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.008	
2	<i>Realización personal</i> T1	.57***	.335***	
3	<i>Problemas salud</i> T1	-.05	.002	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.345	32.507***

. \*p≤ .05 \*\*p≤ .01 \*\*\*p≤ .001



**Tabla 36. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable absentismo**

Paso	Variable	Beta	Incremento R <sup>2</sup>	F
<i>Agotamiento emocional T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.022	
2	Agotamiento emocional T1	.66***	.436***	
3	<i>Absentismo</i> T1	.08	.006	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.464	50.842***
<i>Despersonalización T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.017	
2	<i>Despersonalización</i> T1	.54***	.285***	
3	<i>Absentismo</i> T1	.05	.002	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.304	25.726***
<i>Realización personal T2</i>				
1	Contrato, Sexo y Edad		.010	
2	<i>Satisfacción laboral</i> T1	.56***	.308***	
3	<i>Absentismo</i> T1	-.07	.005	
Est. Ecuación F (5, , 308)			.323	28.067***

. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .001$

## **5. DISCUSIÓN**



## **5.1 Discusión en relación al Objetivo I del estudio**

La Hipótesis 1 del estudio se confirma completamente, ya que la estructura factorial encontrada en este estudio verifica la estructura trifactorial propuesta para el MBI-HSS por sus autoras.

A continuación se describen las particularidades encontradas en el análisis factorial realizado. En primer lugar, la subescala que presentó mayores cargas factoriales en sus ítems fue Agotamiento emocional, seguida de la subescala de Realización personal en el trabajo. La dimensión de Despersonalización fue la escala con menores pesos factoriales.

En segundo lugar, la mayoría de los ítems del MBI-HSS se asociaron a las subescalas que el Manual propone para

ellos, salvo el ítem 12 (escala de Realización personal en el trabajo) y el ítem 15 (escala de Despersonalización) que saturaron en Agotamiento emocional y en Realización personal en el trabajo respectivamente.

Los resultados obtenidos en otros estudios ratifican los encontrados en este. El SQT se define a partir de una estructura factorial en tres factores ortogonales: Agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización personal en el trabajo (8 ítems) y, como hemos indicado, esta estructura se ha confirmado en diversos estudios desde que surgió el cuestionario (Aluja *et al.*, 2005; Bakker *et al.*, 2000; Bakker *et al.*, 2006). Sin embargo, algunas investigaciones sugieren realizar modificaciones de la escala, plantean diferentes formas de interpretarla y en ciertos



casos aconsejan la eliminación de algunos de los ítems. Como apunta Grajales (2000) todos estos estudios evidencian que el comportamiento de los elementos de la escala es muy inestable; ya que los ítems que se sugiere corregir o eliminar suelen ser diferentes de un estudio a otro.

A continuación, se presentan algunas de las debilidades psicométricas a las que se hace alusión, en relación a los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En primer lugar, en replicaciones sucesivas, los ítems 12 y 16 han planteado problemas psicométricos derivados de la saturación en otras dimensiones. De modo que al eliminarlos, se confiere al instrumento de mayor consistencia interna (Gil-Monte y Peiró, 1999, Boles *et al.*, 2000).

De hecho, aunque Maslach *et al.* (1996) recomiendan eliminar el ítem 12, en este estudio se ha preferido mantenerlo con el objeto de tener un conocimiento preciso de la estructura factorial del MBI-HSS.

La carga factorial del ítem 12 conlleva un desajuste de modelo en otros estudios (Beckstead, 2002). En nuestro estudio, el ítem 12 “*Me encuentro con mucha vitalidad*”, carga factorialmente más en la subescala de Agotamiento emocional (46.36) que en Realización personal en el trabajo. Comparando los resultados con el estudio normativo de Maslach *et al.*, (1996) que utilizó una muestra compuesta de profesionales de profesiones de ayuda, la carga factorial del ítem 12 sobre Agotamiento emocional fue más pronunciada en nuestra muestra (.30, Maslach *et al.*, 1996).



Algunos estudios han planteado debilidades provocadas por el ítem 16. Aunque en nuestro estudio, la carga factorial del ítem fue débil en Agotamiento emocional (3.13) y en Despersonalización (1.35), la muestra normativa ofrece una carga sobre Agotamiento emocional de .12 vs .31 en Despersonalización (Maslach *et al.*, 1996).

En esta línea, Byrne (1992) estudió la validez factorial del MBI utilizando una muestra de 3188 maestros y concluyó que puede ser necesario modificar o eliminar los elementos 12 y 16 del MBI con el fin de validar la escala.

Por ejemplo, en otro estudio, los ítems 6, 12 y 16 aparecen factorialmente ambiguos, aunque el 12 y el 16 no se consideran para la factorización, el ítem 6 continúa agrupándose con agotamiento emocional (.50) y con

despersonalización (.40) (Gil-Monte y Peiró, 1999).

En segundo lugar, al igual que en nuestro estudio, Grajales (2000) encuentra que el ítem 15 “*Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender*”, carga factorialmente sobre Realización personal en el trabajo. La explicación que sugiere este autor es que a nivel cultural, el ítem utiliza una negación que puede entenderse en positivo “todos los días” y en negativo “nunca”, lo que conlleva a una ambigüedad en este ítem. El autor sugiere eliminar el ítem 15.

Finalmente, con el fin de mejorar la estructura factorial del instrumento, algunos estudios plantean la posibilidad de agrupar los factores del MBI en dos únicos factores (Halbesleben *et al.*, 2004; Kalliath *et al.*, 2000), en



cuatro (Gil-Monte, 2005) y hasta en siete factores (Olmedo, 1993, García *et al.*, 1994).

Sin embargo, existe suficiente evidencia empírica que confirma la validez factorial del modelo de tres factores (Bakker *et al.*, 2002; Shirom y Melamed, 2006; Schutte *et al.*, 2000).

Al igual que en nuestro estudio, otros estudios con poblaciones diferentes (Aluja *et al.*, 2005) también han encontrado que el modelo ajustaba correctamente e incluso era superior a los modelos de uno y de dos factores (Schutte *et al.*, 2000).

A continuación, se comentan los resultados obtenidos relativos a las medidas descriptivas y la consistencia interna de las subescalas del MBI.

Las medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza para las tres subescalas se muestran en la Tabla 7 (*Pág. 272*).

Las medias obtenidas en este estudio son más bajas en las tres dimensiones del SQT tanto en T1 como en T2 que los resultados obtenidos por la muestra normativa estadounidense para profesionales sanitarios (valores entre paréntesis). En nuestro estudio obtenemos en T1, 18.51 (22.19), 5.49 (7.12) y 35.99 (36.53) y, en T2, 19.24, 5.60 y 34.35, para Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo respectivamente.

En segundo lugar, en este estudio se obtienen los valores de consistencia interna aceptables en T1 y en T2 para Agotamiento emocional (T1: .89, T2:.91), para



Despersonalización (T1:.64, T2:.61) y para baja Realización personal en el trabajo (T1:.80, T2: .79).

La consistencia interna obtenida para las dos subescalas; Agotamiento emocional y Realización personal en el trabajo, es muy parecida a los valores mostrados por Maslach *et al.* (1996). Sin embargo, se obtiene un valor más bajo en Despersonalización que es necesario considerar dentro de las características de nuestra muestra.

La baja consistencia interna de la dimensión de Despersonalización es uno de los problemas psicométricos del MBI-HSS. Como se apunta en diversos estudios, tanto en muestras extranjeras, pero especialmente en muestras españolas, se encuentran resultados similares de consistencia interna dentro de un rango entre .42 y .64 (Gil-Monte, 2005).

Los resultados de este estudio son pues comparables a los índices de consistencia interna obtenidos en concreto en muestras de enfermería españolas.

La dimensión de Despersonalización es controvertida puesto que conceptualmente engloba conceptos relacionados con las emociones y las actitudes. De hecho, psicométricamente los ítems como el 6, el 16 y el 20 de la escala de Agotamiento emocional y Realización personal, saturan en Despersonalización. Existiría pues un posible solapamiento entre algunos ítems de ambas dimensiones.

Además los índices de consistencia interna ofrecidos por el manual del MBI, están calculados en base a muestras estadounidenses pero, en diferentes estudios transculturales, se ha observado que la población estadounidense, debido a las



diferencias culturales, puntuaban más alto en Despersonalización, por lo que sería necesario realizar adaptaciones culturales del cuestionario.

En tercer lugar, los profesionales de enfermería de este estudio, muestran correlaciones entre las dimensiones más fuertes que las obtenidas por otros estudios con muestras de enfermería (Beckstead, 2002) o incluso que las ofrecidas por Maslach *et al.*, (1996) entre Realización personal en el trabajo con Agotamiento emocional y, con Despersonalización.

En nuestro estudio, (*valores de TI entre paréntesis*) se obtienen entre Agotamiento emocional y Despersonalización:  $r = .42 (.44)$ ,  $p \leq .01$ , entre Agotamiento emocional y Realización personal en el trabajo:  $r = -.36 (-.38)$ ,  $p \leq .01$  y,  $r = -.30 (-.31)$ ,  $p \leq .01$  entre Despersonalización y Realización

personal en el trabajo.

Estas diferencias pueden deberse tal y como apunta Beckstead (2002) a que la experiencia del SQT se vive de manera diferente entre los profesionales de enfermería y otros colectivos, puesto que los datos originales utilizados en la construcción del MBI se obtuvieron de una muestra compuesta por diferentes profesionales de servicios de ayuda a personas (policías, profesionales de enfermería, profesores, trabajadores sociales, médicos, psicólogos y psiquiatras, abogados entre otros).

Así mismo, las correlaciones obtenidas en este estudio pueden compararse con las obtenidas en otros estudios con profesionales de enfermería (Tsolebis, Moulou e Ilias, 2001; Renzi, Tabolli, Lanni, Di Prieto y Puddu, 2005; Vahey *et al.*,



2004) encontrando valores similares a los obtenidos por otros autores entre Realización personal en el trabajo con Agotamiento emocional y con Despersonalización (Lee y Ashforth , 1996; Gil-Monte y Peiró, 2000; Kilfedder *et al.*, 2001). También se encuentran valores parecidos a los nuestros para la relación entre Agotamiento emocional y Despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 2000).

Por lo tanto, en vista a los estudios mencionados y a nuestros resultados, se puede afirmar que las correlaciones más intensas se dan entre Agotamiento emocional y Despersonalización. Sin embargo, la consistencia interna de la subescala de Despersonalización es la más baja.

## **5.2 Discusión en relación al Objetivo II del estudio**

El segundo objetivo de este trabajo era estudiar la prevalencia e incidencia del SQT en una muestra de profesionales de enfermería españoles. Los parámetros normativos considerados han sido las medias y los percentiles 33 y 66 para cada una de las dimensiones del MBI-HSS (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo).

Se realizó un estudio comparativo con los resultados obtenidos en tres estudios significativos: Maslach y Jackson (1986, USA), Schaufeli y Van Dierendonck (1995, Holanda) con una muestra de sujetos que habían desarrollado el SQT con diferentes grados de intensidad, y Gil-Monte y Peiró



(2000, España) para una muestra multiocupacional española.

En el estudio de las diferencias de medias se obtiene diferencias significativas en Despersonalización con las muestras de los tres estudios de referencia. Con respecto a la muestra bajo tratamiento terapéutico (Schaufeli y Van Dierendonck, 1995) se encuentran diferencias en todas las medias, resultando lógico dadas las características de nuestra muestra, puesto que no existe un diagnóstico claro de SQT entre los participantes de este estudio.

En segundo lugar, se observaron diferencias significativas con la muestra norteamericana en Agotamiento emocional y Despersonalización. Este resultado se ha encontrado en otros trabajos y la revisión de la literatura permite afirmar que existen diferencias culturales entre las

muestras estadounidenses y las europeas. Seguramente, debido a una cultura de empresa que prima la deshumanización y, la falta de contacto, como un valor. Este, no se percibe negativamente como ocurre en las muestras europeas, en las que el contacto con el paciente es un criterio de calidad.

En tercer lugar, se encuentran diferencias significativas en Realización personal y Despersonalización entre las muestras españolas. Las medias obtenidas en el estudio de Gil-Monte y Peiró (2000) son superiores a las de nuestro estudio en Realización personal y en Despersonalización. Aunque como señalan los autores hay que tener en cuenta la baja consistencia interna de la escala de Despersonalización en las dos muestras ( $\alpha=.58$ , Gil-Monte y Peiró, 2000).



Por otro lado, cabe señalar que el MBI-HSS es el cuestionario que con más frecuencia se ha utilizado en diferentes estudios para determinar la prevalencia del SQT en profesionales de enfermería. Aunque en el manual se ofrecen valores normativos de referencia para los percentiles, no se presentan criterios para concluir cuando un individuo ha desarrollado la patología. Aplicando el método de percentiles, recomendado por las autoras en el manual (Maslach y Jackson, 1986), se manejan porcentajes de incidencia superiores al 30% para diferentes colectivos profesionales.

Nuestros resultados indican que efectivamente los índices de incidencia de SQT varían en función de los criterios normativos utilizados. Tanto utilizando los puntos de corte propuestos por Maslach et al. (1986) como los

propuestos por Schaufeli y Van Dierendonck (1995), la incidencia del SQT disminuye de T1 a T2. Aunque cabe resaltar que los criterios de estos últimos son más restrictivos y por lo tanto la incidencia es menor (4 casos de SQT en T1 y 3 casos en T2) que con los criterios de Maslach et al. (1986) (9 casos de SQT en T1 y 6 casos en T2).

En este sentido, Schaufeli y Van Dierendonck (1995) utilizan los puntos de corte normativos de la muestra estadounidense para el diagnóstico de trabajadores con el SQT y sin el SQT, pero observan que esto conlleva una sobreestimación del número de trabajadores con SQT, dando lugar al “efecto del trabajador sano” (Karasek y Theorell, 1990), al incluir en las muestras normativas los trabajadores en activo que no padecen necesariamente el SQT.



Por lo tanto, existe el riesgo de realizar una sobrestimación de los niveles de prevalencia e incidencia del SQT, que se cifra en cerca del 30% en Agotamiento emocional y de 18 a 20 % en Despersonalización y en Realización personal en el trabajo (Schaufeli y Van Dierendonck, 1995)

En nuestro estudio, la incidencia del SQT utilizando los criterios de Gil-Monte y Peiró (2000) es más alta que con los otros dos estudios. Además, se produce un incremento de T1 a T2 en los niveles de incidencia de SQT (25 casos de SQT en T1 y 32 casos en T2).

En la línea de los resultados obtenidos por otros autores, los resultados del SQT difieren mucho entre la muestra holandesa y la estadounidense. Estos últimos

presentan una media más alta en Agotamiento emocional y Despersonalización pero menor en Realización personal en el trabajo. En este sentido, algunos autores apuntan que la variable Agotamiento emocional se ajusta más para discriminar entre los trabajadores con diagnóstico clínico de SQT. Mientras que la Realización personal en el trabajo y la Despersonalización estarían teóricamente relacionadas pero no formarían parte del constructo del SQT (Roelofs *et al.*, 2005).

En vista a los resultados obtenidos en nuestro estudio, cabe concluir en primer lugar que los resultados varían en función de los estudios por los criterios de corte utilizados y las características de la muestra (Renzi *et al.*, 2005; Vahey *et al.*, 2004).



Y en segundo lugar, el personal sanitario en España, sobre todo médicos y profesionales de enfermería, se considera un grupo de riesgo para desarrollar el SQT ya que, como muestran otros estudios con muestras españolas, las principales manifestaciones del mismo se dan en niveles medio-altos de Agotamiento emocional, y medio –bajos de realización personal en el trabajo (Jenaro *et al.*, 2007, Varela-Centelles, *et al.*, 2005; Grau *et al.*, 2005).

### 5.3 Discusión en relación al Objetivo III del estudio

□ Hipótesis 2 del estudio

Los resultados obtenidos muestran que la Autoeficacia en T1 se relacionaba de forma significativa y negativa con las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización y, de forma positiva y significativa con Realización personal en el trabajo en T2 (Hipótesis 2.1., 2.2. y 2.3.) con lo que se confirmaba la Hipótesis 2 del estudio.

En la línea de nuestros resultados, se han encontrado en otros estudios relaciones significativas entre la Autoeficacia y las tres dimensiones del MBI (Evers *et al.*, 2002; So-Kum, Wing-Tung, Schwarzer y Schmitz, 2001). Sin embargo cabe resaltar que el porcentaje de varianza explicada por la Autoeficacia en T1 sobre la Realización



personal en T2 no fue muy elevado en nuestro estudio en comparación con los resultados obtenidos por otras investigaciones.

Por otro lado, no todos encuentran las mismas relaciones significativas con Agotamiento emocional y Despersonalización. Es el caso de Montalbán *et al.* (2000) con profesionales de enfermería que obtienen relaciones significativas entre Autoeficacia y las dimensiones del MBI Despersonalización y Realización personal en el trabajo pero no con Agotamiento emocional. En esta línea, algunos estudios longitudinales señalan que la Autoeficacia se relacionaba únicamente con Despersonalización y Realización personal en el trabajo, pero no mostraba ninguna relación con Agotamiento emocional (Brouwers y Tomic, 2000).

Es importante señalar que la correlación más intensa se produce con los niveles de Realización personal en el trabajo, lo que viene a respaldar el hecho constado en los estudios realizados con el MBI, que las correlaciones entre la Realización personal en el trabajo y los estresores es habitualmente la más débil, salvo para aquellas variables propias del *self*, lo que refleja su relación con la Autoeficacia profesional.

La Realización personal en el trabajo tiene un componente factorial de competencia personal autopercebida (Gil-Monte y Peiró, 1999) y desde esta perspectiva, se apoya la idea de un desarrollo independiente de la Realización personal de las otras dos dimensiones (Leiter, 1993). Así, se explicaría el SQT desde la perspectiva de la Teoría Social



Cognitiva, de manera que los niveles de baja Realización personal pueden afectar a las creencias de las personas en su propia capacidad, incidiendo sobre sus niveles de Autoeficacia. En nuestro estudio, los resultados mostraron efectivamente que la Realización personal en T1 se mostraba como variable antecedente de Autoeficacia en T2 existiendo una relación significativa inversa.

Los resultados avalan a la Autoeficacia como un importante constructo dentro del estrés ocupacional, capaz de influir en las relaciones entre antecedentes y consecuentes del SQT (Perrewé *et al.*, 2002).

□ *Hipótesis 3 del estudio*

Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que la Motivación para la ayuda estaba relacionada significativamente con el decremento de actitudes de Despersonalización y con una alta Realización personal en el trabajo. Sin embargo, no parecía influir en los niveles de Agotamiento emocional.

Estos resultados se orientan en la línea teórica planteada por algunos modelos (Edelwich y Browsky, 1980; Harrison, 1983) según la cual la Motivación para ayudar estaría relacionada con la elección de la profesión de ayuda a otras personas. Esta idea vocacional de la profesión, confiere a los profesionales de estas ocupaciones, de una aureola de bondad que probablemente se ve truncada una vez que



comienza la socialización profesional. De esta forma, se establecería una relación entre los niveles de Realización personal en el trabajo y probablemente, la Autoeficacia, con los niveles de Motivación para la ayuda.

Hagström y Kjellberg (2007) encontraron niveles particularmente altos de altruismo entre los profesionales de enfermería, además tomando como referencia tres momentos temporales diferentes, señalaron que existía un decremento general del altruismo a lo largo del tiempo.

Por otro lado, el hecho de elegir una profesión de ayuda como es la de enfermería, implica abordar el cuidado no sólo desde el ámbito sanitario y terapéutico (Morse, Solberg, Neander, Bottoroff y Johnson, 1990), sino desde el trato humano, el ideal moral, las relaciones interpersonales

afectuosas (Basset, 2002) y el altruismo. En definitiva, el proceso de dar cuidado implica muchas formas como enseñar, preservar la dignidad y cuidar a los compañeros (Yonge y Molzahn , 2006). Todas ellas suponen un trabajo emocional, que en un momento determinado, si la persona se siente desbordada por las demandas laborales, le puede llevar a desarrollar actitudes de Despersonalización alejándose emocional y físicamente de sus pacientes.

Es posible considerar en el contexto de la profesión de enfermería, el papel de la Motivación de ayuda como una variable mediadora, entre los estresores del puesto y relacionales, y las dimensiones del SQT. La relación que mantiene con los factores actitudinales y cognitivos del SQT, obliga a hipotetizar un posible rol mediador entre la



percepción de estrés y el desarrollo de sentimientos de incompetencia e ineficacia, lo que conllevaría un distanciamiento del objeto actitudinal. Supuestamente, deben existir otras variables de tipo individual como la Autoeficacia que estén influyendo en los niveles de Motivación para la ayuda. En futuras investigaciones resultaría interesante estudiar el papel mediador de la Motivación para la ayuda.

□ *Hipótesis 4 del estudio*

Los resultados de nuestro estudio refuerzan la hipótesis de una relación significativa entre el Apoyo social y las tres dimensiones del MBI, añadiendo la relación significativa inversa con Realización personal en el trabajo.

El Apoyo social percibido es una variable que tradicionalmente se ha estudiado en relación al SQT tanto desde sus efectos directos encontrando relaciones significativas con las tres dimensiones del SQT (Zellars y Perrewé, 2001) como desde su papel mediador (Malach-Pines *et al.*, 2002).

De cara al diseño de futuras intervenciones sería importante considerar la influencia del Apoyo social sobre el bienestar y la satisfacción del trabajador. Se ha encontrado evidencia empírica de que la satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido depende no sólo del cuidado propiamente de salud sino también del clima laboral que perciben. De hecho, en unidades en las que los profesionales de enfermería tienen una plantilla adecuada, un buen apoyo a nivel



administrativo y buenas relaciones con los médicos, los pacientes presentaban mayor satisfacción con el cuidado y, los profesionales de enfermería, menores niveles de SQT (Vahey *et al.*, 2004).

Las políticas organizacionales deberían tener en cuenta el factor emocional tanto si se considera su influencia en el contagio de emociones negativas como en la potenciación de satisfacción y compromiso laboral. Las necesidades emocionales (afecto, consejo, consuelo y estímulo) de una persona se satisfacen dentro de la organización a través del apoyo emocional dentro del contexto interrelacional con los otros. Así, el nivel de apoyo percibido se puede medir por la discrepancia existente entre la necesidad individual de apoyo emocional y la cantidad e intensidad de interacciones de apoyo

que experimenta la persona (Brouwers *et al.*, 2001).

Por lo tanto, las relaciones interpersonales y el trabajo en grupo son fundamentales en los equipos de trabajo, pues cumplen una importante función tanto para la salud de los trabajadores como para la organización, al proveer al individuo de confianza, apoyo y cooperación.

□ *Hipótesis 5 del estudio*

En la línea de los resultados obtenidos, no todos los estudios encuentran relaciones significativas entre Percepción de inequidad o falta de reciprocidad y el SQT, en cualquiera de sus dimensiones (Gil-Monte y Peiró, 1996; Truchot *et al.*, 2000; Van Horn, Schaufeli y Taris, 2001).



Desde los modelos teóricos del Intercambio Social se considera que el SQT se desarrolla en el contexto interpersonal y que las personas evalúan el balance entre la inversión de recursos y las demandas con el fin de protegerse a si mismos (Lee y Ashforth, 1996). Es muy posible que la inequidad sea una variable mediadora en el proceso de generación del SQT, que convendría valorar en futuras investigaciones. Bakker *et al* (2000 a) confirmaron el rol mediador de la falta de reciprocidad en tiempo 1 y en tiempo 2. En el estudio longitudinal, observaron que se establece en el tiempo, una relación circular, de manera que el distanciamiento de los profesionales de sus pacientes incrementaba el número de demandas en tiempo 2. Nuestros resultados mostraron que los niveles de agotamiento

emocional en T1 influían sobre la Percepción de inequidad en T2.

Dado que una de las fuentes de estrés crónico en profesionales de enfermería es la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios, los sentimientos de inequidad en la relación con la organización es una variable especialmente importante a considerar en el diseño de programas de intervención sobre el SQT y el absentismo laboral (Gil-Monte, 2002 b).

□ *Hipótesis 6 del estudio*

A la luz de los resultados, la variable conflictos interpersonales es un antecedente significativo de las tres dimensiones del MBI. Además, existe un efecto bidireccional,



entre el Agotamiento emocional y los Conflictos interpersonales.

De hecho, los conflictos surgen del ambiente interrelacional con los otros por lo que las principales fuentes de apoyo pueden ser la misma cuna de los conflictos. En este sentido, no es de extrañar la relación inversa significativa que se ha encontrado en nuestro estudio entre los Conflictos Interpersonales en profesionales de enfermería y el Agotamiento emocional.

Entre las fuentes de conflictos en el trabajo de enfermería, se encuentra la proveniente de los supervisores, de los subordinados, de los compañeros y de los pacientes. Es importante determinar en este punto, tal y como señalan Dormann y Zapf (2004), que los estresores sociales y la falta

de apoyo no son idénticos conceptos y, que además tienden a correlacionar negativamente. El conflicto, la inhibición de la comunicación y la falta de estabilidad en las relaciones íntimas son responsables de la percepción de falta de apoyo social (Guerrero, 2003). Algunos estudios como el de Gueritault-Chavin, Kalichman, Demi y Peterson (2000) señalan entre los estresores más importantes para los profesionales de enfermería, los conflictos con el personal (11%), los pacientes difíciles (7%) y el trato con las familias (5%).

De nuevo cabe concluir la pertinencia de la intervención dirigida a las variables propiamente interpersonales. El SQT es sin duda un proceso crónico que se da en respuesta al estrés laboral pero cuyas principales manifestaciones se producen en la interacción con los otros. El



ambiente relacional puede ser como se ha visto una fuente de ayuda, o una barrera, en el sentido de Harrison (1983), que merma la resistencia emocional del trabajador provocando actitudes de cinismo e impidiendo el pleno desarrollo de carrera.

□ *Hipótesis 7 del estudio*

En el estudio de las relaciones entre los niveles de Sobrecarga laboral y las dimensiones del MBI, los resultados permiten afirmar que los niveles de sobrecarga laboral se relacionan significativamente y en la dirección esperada con las tres dimensiones del MBI.

Otros estudios encuentran también relaciones significativas entre la Sobrecarga y las tres dimensiones del

SQT, medidas a través del MBI-HSS (Gil-Monte, 2002 a; Melamed *et al.*, 2006) y del MBI-GS (Greenglass *et al.*, 2003). Sin embargo, también se ha encontrado que la Sobrecarga laboral aparecía como un predictor significativo de Agotamiento emocional, pero no de las otras dos dimensiones del MBI (Greenglass *et al.*, 2001; Zellars *et al.*, 2000; Janssen, Schaufeli y Houkes, 1999). En nuestro estudio, únicamente, los niveles de Despersonalización en T1 influían sobre los niveles de Sobrecarga en T2.

Por otro lado, encontramos que la Sobrecarga laboral mantiene una relación bidireccional con Agotamiento emocional. También, De Jonge, Dormann, Janssen, Dollard, Landeweerd y Nijhuis (2001) encuentran efectos inversos entre Agotamiento emocional y las demandas percibidas del



trabajo, con un intervalo de 3 meses: el Agotamiento emocional en T1 predecía los niveles de Sobrecarga en T2. Otros estudios muestran inversamente que la Sobrecarga en T1 predecía el Agotamiento emocional en T2 (Houkes, Janssen, de Jonge y Bakker, 2003).

La Sobrecarga laboral en los profesionales de enfermería de nuestro estudio, ha resultado un predictor significativo de Agotamiento emocional y baja Realización personal en el trabajo provocado probablemente por un exceso de demandas cualitativas y cuantitativas, lo que se ha relacionado en la literatura, con Agotamiento emocional (Tummers, Janssen, Landerweed y Houkes, 2001). De hecho, en un estudio longitudinal, Houkes *et al.* (2003) pusieron de manifiesto en profesionales de banca que la sobrecarga

laboral en T1 predecía los niveles de agotamiento emocional en T2.

La Sobrecarga laboral puede provocar sentimientos de frustración, ansiedad y cólera, que mantenidos en el tiempo generarían el desarrollo del SQT (Greenglass, *et al.*, 2003) y, un aumento de bajas por enfermedad y de absentismo (Rauhala *et al.*, 2007) En esta línea, Shirom *et al.* (2006) en una muestra de médicos relacionan significativamente el Agotamiento emocional y la Sobrecarga percibida con la calidad en el cuidado. En este estudio, la Sobrecarga laboral resulta un predictor positivo de SQT global.



□ *Hipótesis 8 e Hipótesis 9 del estudio*

Aunque en otros estudios, se señala que ambas variables, Conflicto y Ambigüedad de rol, tenían una relación significativa con las tres dimensiones del MBI (Brookings, Bolton, Brown y McEvoy, 1985; Jackson *et al.*, 1987), nuestros resultados ofrecen relaciones diferentes para cada una de ellas con las dimensiones del MBI.

Los resultados obtenidos en este estudio señalaron que las dos variables relativas a los estresores de rol eran antecedentes significativos de Agotamiento emocional. Sin embargo, el Conflicto de rol se relacionaba significativamente con Despersonalización y, la Ambigüedad de rol lo hacía con Realización personal en el trabajo. En esta línea, otros estudios señalan la fuerte relación entre el Conflicto de rol y

la Claridad de rol con las dimensiones del SQT, principalmente con Agotamiento emocional y Despersonalización (Osca, González-Camino, Bardera y Peiró, 2003; Jawahar *et al.*, 2007; Zellars *et al.*, 1999).

En relación con nuestro estudio, es posible que la relación no significativa entre Conflicto de rol y Realización personal en el trabajo pueda estar mediada por otras variables relacionadas con la competencia individual (Autoeficacia). En este sentido, Jawahar *et al.*, (2007) encontraron que el conflicto de rol se relacionaba significativamente con baja realización personal en el trabajo mediada por los niveles de habilidades organizacionales.

También, Zellars *et al.* (1999), en una muestra de profesores señalaron que los estresores de rol (conflicto y



ambigüedad de rol) explicaban una parte significativa de la varianza en Agotamiento emocional y en Despersonalización, mientras que únicamente la Ambigüedad de rol se relacionaba de forma significativa con los sentimientos de Realización personal.

La Ambigüedad de rol como falta de claridad en la definición del rol laboral, conlleva un componente cognitivo de autoevaluación que implicaría una merma en las creencias de autoeficacia. De esta forma la falta de claridad desarrollaría probablemente cogniciones de fracaso y desilusión con las expectativas laborales. Por otro lado, el Conflicto de rol parece estar más relacionado con el desarrollo de actitudes de Despersonalización, lo que implicaría que al percibir expectativas contradictorias el

trabajador opta por el distanciamiento del objeto de atención, en este caso de los pacientes.

□ *Hipótesis 10 del estudio*

La Hipótesis 10 del trabajo planteaba que las dimensiones Agotamiento emocional y Realización personal en el trabajo en T1 serían antecedentes significativos de Despersonalización en T2.

Los resultados avalan la Hipótesis planteada, por lo que el Agotamiento emocional y la Realización personal en el trabajo en T1 son predictores de Despersonalización en T2.

En la línea de los modelos cognitivos transaccionales, las cogniciones y emociones serían variables mediadoras entre el estrés percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Gil-Monte *et al.*, 1998).



Además, los datos mostraron una relación bidireccional entre la Despersonalización y la Realización personal, de manera que los niveles de Despersonalización en T2 se explicaban por los niveles de Realización personal en T1 y viceversa. Este resultado, se encuentra en la línea del proceso de desarrollo del SQT planteado por Leiter y Maslach (1988) en el que la Despersonalización actúa como antecedente de la baja Realización personal. Sin embargo, el hecho de que la relación más intensa se de entre Realización personal en T1 y Despersonalización en T2 permite concluir que la Realización personal en el trabajo es un antecedente de Despersonalización.

De que manera se resuelve la direccionalidad del proceso es aún un punto sin resolver en los modelos sobre el SQT. Como se ha señalado en la introducción, en función del modelo teórico de referencia se hace hincapié en una cadena

procesal diferente.

Nuestros datos avalan la posibilidad de que el agotamiento emocional desemboque en actitudes de despersonalización; al igual que la realización personal baja puede conllevar niveles altos de despersonalización. Sin embargo, no queda dilucidado si este proceso se produce en paralelo o secuencialmente. El hecho de que exista un efecto bidireccional entre despersonalización y realización personal permite pensar en un desarrollo en paralelo.

Y por último, existen numerosos estudios en los que la variable **agotamiento emocional** es la más representativa del SQT, dándole un valor añadido a las otras dos. Además, la asociación entre el Agotamiento emocional y los distintos estresores (las demandas del puesto de trabajo) es mayor que



con la Despersonalización o la Realización personal en el trabajo (Brenninkmeyer y VanYperen, 2003). Aunque algunos estudios encuentran una fuerte asociación entre **agotamiento emocional y despersonalización** (Lee y Ashforth, 1996; Gil-Monte y Peiró, 2000; Kilfedder *et al.* 2001).

□ *Hipótesis 11 del estudio*

Los niveles de satisfacción laboral estaban fuertemente relacionados con los niveles de SQT en cualquiera de sus dimensiones. Además, el agotamiento emocional y la despersonalización junto con la satisfacción laboral en T1 influían sobre los niveles de satisfacción en T2. Inversamente, la satisfacción laboral en T2 influía sobre los niveles de despersonalización en T1.

Otros estudios han encontrado relaciones significativas entre Satisfacción laboral y las dimensiones del SQT (Alimoglu y Donmez, 2005; Michinov, 2005; Sarmiento, Laschinger e Iwasiw, 2003; Tsigilis *et al.*, 2004; Iverson *et al.*, 1998), siendo particularmente intensa la relación con Agotamiento emocional (Doest, Maes y Gebhardt, 2006; Durán *et al.*, 2001) En esta misma línea, con una muestra de profesionales de enfermería, Piko (2006) obtiene que las tres dimensiones del SQT eran predictores significativos de la Satisfacción laboral en particular la dimensión del Agotamiento emocional y Realización personal.

Además, también encontramos en nuestro estudio una relación bidireccional entre Satisfacción y Despersonalización que se haya en otros estudios (Piko, 2006). Otros sin



embargo, obtuvieron que el Agotamiento emocional y la Realización personal en el trabajo eran variables predictoras del SQT (Çam, 2001). Lee y Ashforth (1996) obtienen resultados similares para Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo .

Por último, Maslach y Jackson (1981), al describir el proceso de construcción del MBI y analizar la validez discriminante del constructo, precisan que las correlaciones entre el SQT y una puntuación general de satisfacción general obtenida del JDS (Hackman y Oldham, 1975), en una muestra de servicios sociales y sanitarios, alcanza valores de  $-.23$  ( $p < .05$ ) con agotamiento emocional y  $-.22$  ( $p < .05$ ) con despersonalización, no resultando significativa con realización personal en el trabajo.

En conclusión, la variable satisfacción laboral es probable que mantenga una relación bidireccional con el SQT en el sentido de que los niveles de SQT afectaran los niveles de satisfacción laboral y, estos modificarán también la percepción de estrés vivida. En la práctica, cabe concluir tal y como señalan algunos estudios (Garman, *et al.*, 2002) que una intervención sobre el clima laboral mejoraría, la satisfacción del paciente y reforzaría la estabilidad de la plantilla, ya que el Agotamiento emocional se relaciona con la propensión al absentismo. Además se ha demostrado que los profesionales con menores recompensas, altas demandas emocionales y profesionales y baja autoeficacia experimentan mayor estrés emocional (Fillion *et al.*, 2007). Por lo tanto, la intervención a estos niveles mejoraría la satisfacción laboral de los



profesionales de enfermería.

□ *Hipótesis 12 del estudio*

Los Problemas de salud son un antecedente significativo de las dimensiones del SQT. Los niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización en T1 se relacionan con los niveles de Problemas de salud en T2. Además existe una relación significativa inversa con Agotamiento emocional.

Los resultados obtenidos permiten constatar que la relación de Problemas de salud con Agotamiento emocional es particularmente intensa, hecho que se ha constado en otros estudios (Schaufeli y Enzmann, 1998; Piko, 2006; Burke y Mikkelsen, 2006).

Brenninkmeyer *et al* (2001) encuentran que la sintomatología depresiva se asocia positivamente con el Agotamiento emocional, la Despersonalización y la baja Realización personal en el trabajo.

El cinismo se ha relacionado también con la presencia de ideación suicida y, la baja Realización personal en el trabajo con el desarrollo de sintomatología postraumática (Burke y Mikkelsen, 2006).

□ *Hipótesis 13 del estudio*

Los niveles de Absentismo se relacionaron únicamente a nivel longitudinal con los niveles de Agotamiento emocional, los resultados no mostraron ninguna relación significativa con Despersonalización y Realización personal



en el trabajo. Podemos concluir que los niveles de Absentismo en T1 afectaron los niveles de Absentismo en T2, y que está en relación con el Agotamiento emocional del trabajador.

Otros trabajos como el de Bekker *et al.* (2003) encontraron una relación significativa entre Agotamiento emocional y Satisfacción laboral y entre ésta y Absentismo en una muestra de enfermería.

Toppinen-Tanner *et al.* (2005) hallaron relaciones significativas entre Absentismo y las tres dimensiones del MBI, tanto teniendo en cuenta el número de episodios como el número total de días de ausencia.

Por otro lado, se ha demostrado que los distintos niveles de absentismo en T1 afectarían en un futuro a esos

mismos niveles. Krausz, Koslowsky, Shalom y Elyakim (1995) demuestran que la intención de cambiar de sala dentro de la propia organización estaba más fuertemente relacionada con esa misma intención un año después, y también mantenía una fuerte relación con la intención de dejar el hospital en T1. Además, la intención de dejar el hospital en T2 predecía el movimiento de personal en el hospital en T2 y el abandono de la profesión en T2. En estudio, el SQT predecía sólo la intención de dejar el hospital en T2 pero no tenía efectos significativos sobre el cambio de sala o de profesión en T2.

Las investigaciones realizadas sobre el movimiento de personal en las organizaciones plantean tres posibles grupos de causas por las que un trabajador decide dejar el trabajo actual. En primer lugar, se pueden crear mejores alternativas



de trabajo fuera de la organización, en segundo lugar, pueden existir alternativas de cambio dentro de la propia organización y un tercer grupo se referiría al coste (mejora de salario) que implica para el trabajador dejar el trabajo (Kammeyer-Mueller, Wanberg, Glomb y Ahlburg, 2005). Además, los diferentes modelos plantean el cambio de trabajo como una opción motivada por los bajos niveles de satisfacción (entendida como relativa a trabajo, al salario, la promoción, la supervisión y los compañeros de trabajo) y por los bajos niveles de compromiso con la organización. En este sentido, Kammeyer-Mueller *et al.* (2005) señalan que las personas que inicialmente deseaban dejar el trabajo, manifestaban un decremento en el tiempo de los niveles de satisfacción laboral y de compromiso organizacional en comparación con los

trabajadores que deseaban permanecer en el puesto. El estudio planteó que las actitudes iniciales del trabajador eran un buen predictor del cambio de puesto en el futuro.

Por lo tanto, en vista a los estudios señalados el absentismo, entendido como número de ausencias en el último año, estaría relacionado con variables clave en el desarrollo del SQT, como la satisfacción laboral y el compromiso organizacional. Otras variables como los estresores de rol (Glazer, 2005) y los Problemas de salud (Toppinen-Tanner *et al.*, 2005), se han relacionado también con el incremento del Absentismo.



## 6. CONCLUSIONES



### **6.1 Conclusiones en relación al Objetivo I del estudio**

Los resultados obtenidos del análisis factorial realizado permiten concluir que:

**1ª.** El cuestionario MBI-HSS, tiene una adecuada validez factorial para valorar el SQT en los profesionales españoles de enfermería. El hecho de que el MBI sea el instrumento que se ha utilizado con más frecuencia para medir el SQT no implica que su validez y fiabilidad haya sido consolidada. A pesar de las limitaciones a nivel psicométrico, que presenta el instrumento su amplia utilización y repercusión internacional lo convierte en un instrumento válido para estudiar el SQT.



2ª. Los resultados de este estudio permiten concluir, que en general, los valores de consistencia interna son aceptables para las escalas de Agotamiento emocional y Realización personal en el trabajo pero la consistencia interna de la escala de Despersonalización es moderada, lo que plantea dudas acerca de la validez de esta escala para evaluar el constructo.

## **6.2 Conclusiones en relación al Objetivo II del estudio**

A la luz de los resultados obtenidos, se puede destacar las siguientes conclusiones:

1ª. Los niveles de incidencia del SQT varían en función de los puntos de corte considerados. Además, los criterios normativos utilizados en otros países pueden conllevar errores

diagnósticos por exceso o por defecto.

**2ª.** La prevalencia del Agotamiento emocional aumenta en T2 siguiendo los criterios de Maslach y Jackson (1986) y disminuye siguiendo los criterios de Schaufeli y Dierendonck (1995). Sin embargo, se observa un ligero incremento tras el cálculo con los percentiles propuestos por Gil-Monte y Peiró (2000).

**3ª.** La prevalencia de Despersonalización aumenta entre T1 y T2 siguiendo los criterios de Gil-Monte y Peiró (2000) y de Schaufeli y Dierendonck (1995). Según los percentiles propuestos por Maslach y Jackson (1986) se produce una ligera disminución entre T1 y T2.

**4ª.** La prevalencia de los niveles de baja Realización personal en el trabajo aumenta utilizando los percentiles propuestos en los tres estudios de referencia.



**5ª.** Existe una disminución en la incidencia de casos entre T1 y T2, siguiendo los criterios de Maslach y Jackson (1986) y de Schaufeli y Dierendonck (1995), sin embargo aumenta la incidencia en T2 utilizando los puntos de corte de Gil-Monte y Peiró (2000).

**6ª.** Teniendo en cuenta que la muestra de referencia del estudio de Schaufeli y Dierendonck (1995) estaba compuesta por participantes bajo tratamiento, la tendencia de los datos es parecida a la obtenida con los criterios de Gil-Monte y Peiró (2000) en las dimensiones de Despersonalización y baja Realización personal en el trabajo.

**7ª.** Debido al impacto psicosocial que tiene el SQT como patología laboral, resulta necesario diseñar las estrategias de intervención adecuadas para cada colectivo y contexto laboral. Por

lo tanto, es preciso delimitar no sólo conceptualmente el fenómeno sino también conocer la incidencia real en los diferentes colectivos y en aquellos proclives a padecerlo.

8ª. De cara a futuros estudios, resultaría interesante establecer puntos de corte específicos por profesión con el fin de de discriminar a los trabajadores que padecen el SQT de los que no. Por otro lado, sería necesario establecer los criterios diagnósticos con muestras grandes suficientemente representativas.

### **6.3 Conclusiones en relación al Objetivo III del estudio**

Los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir los siguientes puntos:



1. En relación al proceso de SQT, el Agotamiento emocional y la Realización personal en el trabajo son antecedentes significativos de Despersonalización. En el modelo longitudinal, se ha obtenido una relación bidireccional entre Realización personal y Despersonalización. La relación más intensa se produce entre la Realización personal en el trabajo en T1 y Despersonalización en T2, lo que permite concluir que la Realización personal en el trabajo es un antecedente de Despersonalización.

2. La Autoeficacia es una variable fundamental en el desarrollo del SQT. Longitudinalmente mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del MBI, y se comporta como variable antecedente de Realización personal en el trabajo, con la que establece una relación más intensa. Además se observa una relación bidireccional significativa entre Autoeficacia y Realización personal en el trabajo.

**3.** Todas las variables interpersonales consideradas con la excepción de Motivación para la ayuda son antecedentes significativos de Agotamiento emocional, siendo la relación más intensa la mantenida con Percepción de inequidad.

**4.** Todas las variables interpersonales consideradas son antecedentes significativos de Despersonalización, siendo las relaciones más intensas las mantenidas con Percepción de inequidad y Conflictos Interpersonales.

**5.** Todas las variables interpersonales consideradas son antecedentes significativos de Realización personal en el trabajo, siendo la relación más intensa la mantenida con Apoyo social percibido.

**6.** La variable Conflictos interpersonales es una variable fundamental en el desarrollo del SQT. Longitudinalmente mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del MBI. Es una



variable antecedente de Realización personal en el trabajo y de Agotamiento emocional, con la que establece la relación más intensa. Además, los niveles de Agotamiento emocional en T1 influyen significativamente sobre los niveles de Conflictos interpersonales T2 por lo que la relación es bidireccional.

**7.** La variable Apoyo social percibido es un antecedente significativo de las tres dimensiones del SQT, además influye significativamente sobre los niveles de Realización personal en el trabajo en T2, con la que mantiene la relación más intensa. Se observa una relación bidireccional significativa entre estas dos variables.

**8.** Todas las variables organizacionales consideradas en el estudio son antecedentes significativos de Agotamiento emocional, siendo la relación más intensa la mantenida con Sobrecarga laboral.

Por otro lado, los niveles de Agotamiento emocional en T1 influyen significativamente sobre las variables organizacionales en

T2, siendo la relación más intensa con Conflicto de rol.

**9.** La Sobrecarga laboral es una variable fundamental en el desarrollo del SQT, mostrándose como variable antecedente de las tres dimensiones del MBI en el modelo longitudinal. Además, influye significativamente sobre los niveles de Agotamiento emocional, observando una relación bidireccional con esta variable.

**10.** La Sobrecarga laboral y el Conflicto de rol son antecedentes significativos de Despersonalización. Además, los niveles de Despersonalización en T1 influyen significativamente sobre estas dos variables, siendo la relación más intensa con Conflicto de rol. La Ambigüedad de rol no se relaciona significativamente con Despersonalización.

**11.** La Sobrecarga laboral y la Ambigüedad de rol son antecedentes significativos de Realización personal en el trabajo. En este caso ninguna de las variables organizacionales consideradas explica un porcentaje de varianza significativo.



**12.** Los niveles de las tres dimensiones del MBI son antecedentes significativos de Satisfacción laboral y de Problemas de salud. Además, los niveles de Despersonalización explican un porcentaje de varianza significativo sobre Problemas de salud y Satisfacción laboral, siendo la relación más intensa y bidireccional con esta última. Existe una relación significativa bidireccional entre los niveles de Agotamiento emocional y la variable Problemas de salud.

**13.** El Agotamiento emocional es un antecedente significativo de los niveles de Absentismo. Por otro lado, los niveles de Absentismo en T1 son antecedentes significativos de los niveles de Absentismo en T2.

A raíz de los resultados obtenidos puede afirmarse que las variables organizacionales añaden relativamente poco a la explicación del desarrollo del SQT, con excepción de la variable

Sobrecarga laboral. Sin embargo, podemos concluir que las variables interpersonales juegan un importante papel en el desarrollo del SQT y prácticamente en su totalidad se puede afirmar que son antecedentes significativos del mismo.

En la prevención de la aparición y desarrollo del SQT y sus problemas asociados, las organizaciones sanitarias deben concienciarse del importante papel que juegan los factores relacionales y emocionales en el desarrollo del SQT en los profesionales de enfermería con el fin de mejorar la calidad de vida laboral de estos trabajadores.

#### **6.4 Limitaciones del estudio**

A continuación se detallan las limitaciones de este estudio para comprender el alcance de los resultados y su generalización a



otros contextos.

En primer lugar, cabe señalar la pérdida de muestra experimentada de T1 a T2, aunque no ha tenido implicaciones prácticas en la representatividad de la muestra. En esta línea, aunque amplia, la muestra de enfermería se limita a una zona de España (Comunidad Valenciana) por lo que habría que tener precaución en la generalización de los resultados tanto a hospitales de otras comunidades como al resto de profesiones de servicios.

En segundo lugar, aunque este punto sobrepasa el alcance de nuestros objetivos, el estudio podría enriquecerse con la distinción por unidades de trabajo dentro de cada hospital, de forma que diera lugar a una categorización y cuantificación de los estresores laborales en los distintos profesionales de enfermería.

En tercer lugar, los modelos sobre estrés organizacional y

SQT plantean las relaciones entre distintas variables y sus consecuencias así como los efectos moduladores de algunas de ellas (apoyo social, control, autoeficacia, equidad). Sin embargo, estos efectos moduladores no se han probado a nivel longitudinal, lo que permitiría matizar los resultados obtenidos en cuanto al papel que juegan las variables como la Autoeficacia, la Motivación para la ayuda o el Apoyo social en el desarrollo del SQT.

En cuarto lugar, en este estudio se plantean limitaciones metodológicas que señalamos a continuación.

Por un lado, la información recogida mediante cuestionarios de respuesta cerrada, es limitada puesto que no da lugar a aportar mayor información por parte de los participantes. Por lo tanto, no es posible generalizar más allá de los constructos evaluados. Sería



aconsejable que en futuras investigaciones se utilizaran medidas multimétodo.

Por otro lado, los estudios longitudinales plantean distintos problemas (Dormann y Zapf, 2004). En primer lugar, sólo se ha utilizado dos medidas temporales con la ya mencionada muerte muestral que pone en entredicho la representatividad de la muestra y por lo tanto la posibilidad de generalizar los resultados. Sin embargo en este estudio se ha considerado a la hora de analizar los resultados las relaciones inversas de las variables y el análisis de los efectos de los estresores sociales, lo que fortalece las conclusiones obtenidas.

Una tercera puntualización metodológica se refiere a la utilización del análisis de regresión múltiple que estudia la relación lineal entre cada variable y las variables dependientes consideradas.

Aunque esta metodología permite obtener conclusiones sobre la influencia directa e inversa entre las distintas variables, el estudio se enriquecería con un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) que permitiera establecer las relaciones entre las variables observadas y las variables latentes así como las correlaciones entre estas últimas. Los modelos de ecuaciones estructurales permiten mayor flexibilidad y fortaleza en el análisis de los datos y de las interrelaciones entre las variables ya se estudian las hipótesis planteadas dentro de un modelo global.

Finalmente, y en relación al segundo objetivo de nuestro estudio, los niveles de incidencia del SQT varían en función de los puntos de corte considerados de forma que los criterios normativos utilizados en otros países pueden conllevar errores diagnósticos por exceso o por defecto.



## **6.5 Implicaciones teóricas**

En primer lugar, este estudio emplea un análisis factorial confirmatorio (CFA) para examinar la estructura factorial del MBI en una muestra de enfermería. Al contrario que el análisis factorial exploratorio, cuyo objetivo es identificar la estructura presente en un conjunto de variables, el CFA pone a prueba una estructura factorial hipotetizada y su ajuste a los datos. El análisis factorial es un método adecuado para estudiar si las correlaciones entre las distintas variables son consistentes con una determinada estructura factorial. En este sentido, resulta útil para analizar la validez de cuestionarios multi-ítem como el MBI. De los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral se deriva que el MBI es un

instrumento adecuado para medir el SQT con un buen ajuste a los datos del estudio.

En segundo lugar, el análisis de la prevalencia del SQT en la profesión de enfermería permite concluir que es necesario establecer puntos de corte específicos por profesión con el fin de discriminar a los trabajadores que padecen el SQT de los que no. Por otro lado, se deberían establecer los criterios diagnósticos con muestras grandes suficientemente representativas, de forma que se diseñen las estrategias de intervención adecuadas para cada colectivo y contexto laboral. Por lo tanto, es preciso delimitar no sólo conceptualmente el fenómeno sino también conocer la incidencia real en los diferentes colectivos y en aquellos proclives a padecerlo.



En tercer lugar, los resultados obtenidos en el análisis correlacional y multivariado sugieren que las variables organizacionales añaden relativamente poco a la explicación del desarrollo del SQT, con excepción de la variable Sobrecarga laboral. En el contexto de la profesión de enfermería, las variables interpersonales juegan un importante papel en el desarrollo del SQT y prácticamente en su totalidad se puede afirmar que son antecedentes significativos del mismo. Por lo tanto, el uso de medidas específicas de afrontamiento del estrés laboral, dirigidas hacia el fomento de estrategias de mejora del apoyo social dentro de las organizaciones sanitarias y de reducción de las situaciones de inequidad y de los conflictos interpersonales.

Finalmente, se aporta evidencia empírica a favor del SQT como fenómeno interpersonal con influencia en variables

individuales tan significativas como la satisfacción laboral. Así mismo, la presente tesis apoya la hipótesis fundamentada en la Teoría Social Cognitiva de la importancia de las creencias de Autoeficacia en el desarrollo y afrontamiento del estrés laboral. Así mismo, tal y como ya se había planteado en otros modelos de intervención (Harrison, 1983), los resultados confirmaron que la Motivación para la ayuda era un antecedente significativo de las dimensiones de Despersonalización y Realización personal en el trabajo.

Así mismo, el hecho de probar las hipótesis planteadas en este estudio dentro de un diseño longitudinal permite afirmar que las relaciones probadas entre las distintas variables resultan claves para la intervención psicológica a nivel organizacional.



La confirmación de estas hipótesis implica que, en la investigación del afrontamiento ante el estrés laboral, debería considerarse la interacción entre las variables intrapersonales, interpersonales y organizacionales en el desarrollo del SQT.

## **6.6 Implicaciones prácticas**

Los resultados obtenidos definen el SQT como un fenómeno complejo en el que interaccionan distintos niveles de la realidad, con lo que las inversiones para disminuir y afrontar el estrés y mejorar la calidad de vida laboral deberían enfocarse no tanto desde la restricción individual u organizacional sino como un todo interrelacionado. Por lo tanto a nivel organizacional, los programas deben centrarse en la eliminación de las fuentes de

estrés como la reducción de la sobrecarga laboral, la reducción de conflictos en las plantillas y la mejora de las relaciones interpersonales. Medidas de intervención organizacionales en las que se faciliten los horarios de trabajo flexibles, el trabajo a tiempo parcial, las reducciones de jornada ayudan a los trabajadores a reducir la sobrecarga laboral. Así mismo, políticas adecuadas de recursos humanos facilitarían las posibilidades de acceso a la promoción y mejora de empleo, favoreciendo la estabilidad de las plantillas y por ende, la satisfacción laboral de los trabajadores.

A nivel interpersonal, la inversión en una política de formación y reciclaje continuo de todos los trabajadores permitiría crear grupos de trabajo más eficaces, considerando no sólo la formación técnica sino también y principalmente la formación en el manejo de emociones y climas de trabajo.



Toda política organizativa redunda en el beneficio colectivo e individual puesto que todos los niveles de intervención son complementarios.

## BIBLIOGRAFÍA



## Bibliografía

---

- Abu-Hilal, M. M. (1995). Dimensionality of burnout: Testing for invariance across Jordanian and Emirati teachers. *Psychological Reports, 77*, 1367-1375.
- Adams J.S. (1965) Inequity in social exchange. In *Advances in Experimental Social Psychology Volume 2* (Berkowitz L. ed.), Academic Press, New York, pp. 267-299.
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2003). *Sistemas y programas: cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con le trabajo*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades europeas.
- Aiken, L.H. & Patrician, P.A., (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised Nursing Work Index. *Nursing Research, 49*, 146-153.
- Alimoglu, M.K. & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies, 42*, 549-555.

- Aluja, A., Blanch, A., & García, L.F. (2005) Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory in school teachers: A study of several proposals. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 67-76.
- Alvadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P. & Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 66, 270-277.
- Bäßler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Euwema, M.C. (2005). Resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, (2), 170–180.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory/General Survey: An internet study. *Anxiety Stress and Coping*, 15, 245-260.
- Bakker A.B., Demerouti, E., T.W., Taris, W., Schaufeli, W.B., & Shreurs, P.J.G. (2003). A multigroup analysis of the job demands–resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10 (1), 16-38.

- Bakker, A.B., & Heuven E. (2006). Emotional dissonance, Burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13 (4), 423-440.
- Bakker, A.B., Le Blanc P.M., & Schaufeli W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276-287.
- Bakker, A. B. & Schaufeli, W. B. (2000). Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 2289-2308.
- Bakker, B., A., Schaufeli, B.W., Sixma, J., H., Bosweld, W., & Van Dierendock, D. (2000). Patients Demands, Lack of Reciprocity, and Burnout : a Five Year Longitudinal Study among General Practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. Prentice Hall. New Jersey.
- Bandura, A. (1987) *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W.H. Freeman and Company.
- Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursery*, 8, 8-17.
- Batista Foguet, J.M. & Coenders Gallart, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Salamanca: Ed. Hespérides.

- Batson, C.D. (1991). *The Altruism Question: Toward a Social-Psychological Answer*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Batson, C.D. (1993). Communal and exchange relationships: what is the difference?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19 (6): 677-683.
- Batson, C.D., Duncan, D.B., Ackerman, P., Buckley, T. & Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40 (2), 290-302.
- Batson, C.D., O'Quinn, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, M.A. (1983). Influenced of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology* 45(3): 706-718.
- Beehr, T.A., Farmer, S.J., Glazer, S., Gudanowski, D.M. & Vandan, N. (2003). The enigma of social support and occupational stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(3), 220.
- Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M. & Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, 17,55-63.
- Bekker, M.H.J., Croon, M.A. & Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence *Work & Stress*, 19(3), 221-237.
- Beckstead, J.B. (2002). Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 785-792.

- Bentler, P.M., (1988). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin* 107, 238–246.
- Bettes, B.A., Chalas, E., Coleman, V.H. & Schulkin, M.A. (2004). Heavier workload, less personal control: Impact of delivery on obstetrician/gynecologists' career satisfaction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 851-857.
- Bierhoff, H.W. & Klein, R. (1990) Conducta prosocial. En M.Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codd y G.M. Stephenson (Eds.) *Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva europea*. Barcelona. Ariel.
- Boles, J.S., Dean, D.H., Ricks, J.M., Short, J.S., & Wang, G. (2000). The dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across small business owners and educators. *Journal of Vocational Behavior* 56, 12-34.
- Bouman, A. M., Brake, H. T. & Hoogstraten, J. (2002). Significant effects due to rephrasing the Maslach Burnout Inventory's personal accomplishment items. *Psychological Reports*, 91, 825-826.
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 165-172.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N.V. & Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature?. *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.

- Bresó, E., Salanova, M. & Schaufeli, W.B. (2007). In Search of the “Third Dimension” of Burnout: Efficacy or Inefficacy? *Applied Psychology*, 56 (3), 460-478.
- Bryant, F. B. & Arnold, Y., P. R. (2003). Principal-Components Analysis and Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. En L. G. Grimm y P. R. Yarnold (Eds.) *Reading and understanding Multivariate Statistics*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Brookings, J.B., Bolton, B., Brown, C.E. & McEvoy, A. (1985) Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behavior*, 6, 143-150.
- Brotheridge, C.M. (2001). A comparison of alternative models of coping: Identifying relationships among coworker support, workload, and emotional exhaustion in the workplace. *International Journal of Stress Management*, 8(1), 1-14.
- Brouwers, A., Evers, I.W. & Tomic, W. (2001). Self-efficacy in eliciting social support and burnout among secondary-school teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1474-1491.
- Brouwers, A. & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16(2), 239-254.
- Browne, M. W. (1984). Asymptotically distribution-free methods in the analysis of covariance structures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 37, 62-83.

- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & I. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Budge, C., Carryer, J. & Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 260-268.
- Burisch, M. (2002). A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. *Work and Stress* 16, 1–17.
- Burke RJ, & Greenglass E. (1993). Work stress, role conflict, social support and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports*, 73, 371-380.
- Burke, R.J. & Mikkelsen, A. (2006). burnout among norwegian police officers: potential antecedents and consequences. *International Journal of Stress Management*, 13 (1), 64-83.
- Buunk, P.B., Schaufeli, B., W. & Ybema F., J. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (19), 1701-1718.
- Buunk, B.P., Zurriaga, R., Gonzalez-Roma, V., & Subirats, M. (2003). Engaging in upward and downward comparisons as a determinant of relative deprivation at work: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 370– 388.

- Buunk, P.B., Zurriaga, R., Peiró, J.M., Nauta, A., & Gosalvez, I. (2005) Social comparisons at work as related to a cooperative social climate and to individual differences in social comparison orientation. *Applied Psychology*, 54(1), 61–80.
- Byrne, B. M. (1992). The Maslach Burnout Inventory: Validating factorial structure and invariance across intermediate, secondary, and university educators. *Multivariate Behavioral Research*, 26(4), 583-605.
- Cameron, D., Kapur, R. & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse–patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64-74.
- Caplan R D, Cobb S, French J R, Harrison R. U. & Pinneau S R. (1975). *Job demands and work health*. U. S. Department of Health, Education, and Welfare Publication:75–160. Washington, DC: Institute for Social Research.
- Carlotto, M.S. & Gonçalves, S. (2004). Análise factorial do Malasch Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo* Maringá, 9, (3), 499-505.
- Carretero, B., Oliver, C., Toledo, E. & Regueiro, F. (1998). Estudio de antecedentes y consecuentes del burnout en profesionales de educación especial en centros públicos de Madrid. *Psiquis*, 19(9), 397-407.

- Chen, G. & Bliese, P. D. (2002). The role of different levels of leadership in predicting self- and collective efficacy: Evidence for discontinuity. *Journal of Applied Psychology*, 87, 549–556.
- Cherniss, C. (1980) Professional Burnout human service organizations. NY Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Londres: Taylor & Francis
- Cialdini, R.B., Baumann, D.J. & Kenrick, D.T.(1981). Insights from sadness: A three-step model of the development of altruism as hedonism. *Developmental Review*, 1(3), 207-223.
- Clark, S.M. & Mills, J. (1979). Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 12-24.
- Clark, S.M. & Mills, J. (1993). The difference between communal and exchange relationships: what it is and is not. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19 (6), 684-691.
- Clark, S.M, Oulette, R., Powell, C.M. & Milberg, S. (1987). Recipient's mood, relationship type and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (1), 94-103.
- Clugston, M. (2000). The mediating effects of multidimensional commitment on job satisfaction and intent to leave. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 477-486.
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 5, 300-314.

- Coffey, M. & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 397-407.
- Consejo Superior de Lisboa (2000) *Texto del informe de avance para el Consejo Europeo extraordinario sobre Empleo, Reforma económica y Cohesión social- Hacia una Europa basada en la Innovación y el Conocimiento*. Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000: COM (2000) 130 Final.
- Disponible en: [http://www.csi.map.es/csi/pdf/prog\\_rep\\_es.pdf](http://www.csi.map.es/csi/pdf/prog_rep_es.pdf).
- Cordes, C.L. & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job Burnout. *Academic Management Review* 18 (4), 621-656.
- Cortese, C.G. (2007). Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 15, 303-312.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177- 193). London: Taylor & Francis.
- Çam, O. (2001). The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 201-207.
- Deary, I.J., Watson R., & Hogston R. (2003). A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 71-81.
- de Jonge, J., Dormann, C., Janssen, P.P.M., Dollard, M.F., Landeweerd, J.A., & Nijhuis, F.J.N. (2001). Testing reciprocal relationships between job characteristics and psychological well-being: A

- cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 29-46.
- De Creu, C.K.W., Van Dierendonck, D. & Dijkstra, M.T.M. (2004). Conflict at work and individual well-being. *International Journal of Conflict Management*, 15(1)
- Deelstra, T.J., Peeters, C.W.M., Schaufeli, B.W., Stroebe, W., Zijlstra, R.H.F. & Van Doornen, P.L. (2003). Receiving instrumental support at work: When help is not welcome. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 324-331.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, B.W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32(2), 454-464.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499–512.
- Densten, I.L. (2001). ‘Rethinking burnout’, *Journal of Organizational Behavior*, 22, 1–4.
- De Miguel, A. (2007). Jornada hacia un nuevo enfoque de la calidad: la cultura de reconocer y exigir calidad. Ponencia Empresa, calidad y consumo. *Fundación Valenciana de Calidad. Generalitat Valenciana*.
- De Rijk, E. A., Leblanc, M. P., Schaufeli, B.W. & de Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: effects of burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 1-18.

- Dick, R. Van & Wagner, U. (2001). Stress and strain in teaching: A structural equation approach. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 243-259.
- Diener, E., Suh, M.E., Lucas, E.R. & Smith, L.H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Directiva 89/391/CEE del Consejo del 12/06/1989 *relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo*. Unión Europea. DOCE.L-183.
- Disponible en:  
<http://www.osha.europa.eu/legislation/directives/A/1>.
- Doest, L., Maes, S. & Gebhardt, W.A. (2006). Personal goal facilitation through work: implications for employee satisfaction and well-being. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 192-219.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2001) Job Satisfaction: a meta analysis of Stabilities. *Journal of Organizational Behavior* 22, 483-504
- Dormann, C. & Zapf, D. (2004) Customer-Related Social Stressors and Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 61-82.
- Durán, D. M<sup>a</sup>.A., Extremera, P.N. & Rey, P.L. (2001). Burnout en profesionales de la enseñanza: un estudio en educación primaria, secundaria y superior. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17 (1), 45-62.

- Durán, D. M<sup>a</sup>.A., Extremera, P.N. & Rey, P.L. (2004). Engagement and burnout: analyzing their association Patterns. *Psychological Reports, 94*, 1048–1050.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). Burnout: stages of disillusionement in the helping professions. NY: *Human Sciences Press*.
- Edwards, N., Peterson, W.E., & Davies, B.L. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a ‘Therapeutic Relationships’ best practice guideline on nurses’ communication skills. *Patient Education and Counseling, 63*, 3-11.
- Elloy, D.F., Terpening, W., & Kohls, J. (2001). A causal model of burnout among self-managed work team members. *Journal of Psychology, 135*(3), 321-334.
- Erickson, J.R., Nichols, L. & Ritter, C. (2000). Family influences on absenteeism: desting an expanded process model. *Journal of Vocational Behavior 57*, 246-272.
- Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo (2007-2012). Junio 2007. Mimeo. Disponible en :  
[http://www.isciii.es/htdocs/centros/medicinadeltrabajo/ultima\\_hora/EESST.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/medicinadeltrabajo/ultima_hora/EESST.pdf)
- Evans, O. & Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social Science and Medicine, 54*, 481-492.

- Evers, J.G.W., Brouwers, A. & Tomic, W. (2002). Burnout and self-efficacy: a study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in The Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 227-243.
- Ferrando, M. & Pérez. (1996). Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del «Maslach Burnout Inventory (MBI)». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23 (1), 1118.
- Fillion, M.L., Tremblay, I., Truchon, M., Côté, D., Struthers, C.W. & Dupuis, R. (2007). job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: empirical evidence for an integrative occupational stress. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 1-25.
- Firth, H. & Britton, P.(1989). 'Burnout', absence and turnover amongst british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62(1), 55-59.
- Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 2ª ed., pp. 40-45). New York: Pergamon Press.
- Flórez Lozano J., (1994), Síndrome de "Estar Quemado". EdiKaMed. Barcelona.
- Flórez Lozano J., (2002), La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 40(4), 167-182
- Freudenberger H. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues* ,30 (1), 159-165.

- Freuderberger, H.J. & Richelson, G. (1980) *Burn-out: The high cost of high achievement*. New York: Bantam Books.
- Gabassi, P.G., Cervai, S, Rozbowsky, P., Semeraro, A. & Gregori, D. (2002). Burnout syndrome in the helping professions. *Psychological Reports, 90*, 309-314.
- Garaigordobil, M. (1995). Evaluación de una intervención psicológica en indicadores del desarrollo moral. *Boletín de Psicología, 49*, 69-86.
- García, M., Llor, B. & Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout es en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría, 10* (5), 180-184.
- Garden, A.M. (1987). Despersonalization: a valid dimension of Burnout?. *Human Relations, 40* (9), 545-560.
- Garden, A. M. (1995). The purpose of burnout: A Jungian interpretation. In R. Crandall & P. L. Perrewe (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 207–222). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Garmann, N.A., Corrigan, W.P. & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology, 7*(3), 235-241.
- Garrido Martín, E. (2000). Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicología 18* (1), 9-38.
- Gaudine, P.A. & Sacks, M.A. (2001). Effects of an absenteeism feedback intervention on employee absence. *Behavior, 22*, 15-29.

- Gelsema, T.I., Van der Doef, M., Maes, M., Akerboom, S. & Verhoeven, C. (2005). Job stress in the nursing profession: The influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 39-47.
- Gerits, L., Derksen, J.J.L., Verbruggen, A.B., & Katzko, M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences*, 38, 33-43.
- Geurts, S., Scahufeli, W. & De Jonge, J. (1998). Burnout and intention to leave among mental health care professionals: a social psychology approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(3), 341-362.
- Giardini, A., Frese, M. & Liebig, L. (2006). Reducing the negative effects of emotion work in service occupations: emotional competence as a psychological resource. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(1), 63-75.
- Gil-Monte, P.R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.

- Gil-Monte, P.R. (2002a). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General survey (MBI-GS) spanish version. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40. Disponible en: [http://www.insp.mx/salud/44/441\\_5.pdf](http://www.insp.mx/salud/44/441_5.pdf).
- Gil-Monte, P.R. (2002b). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. *Psicología Pirámide*.
- Gil-Monte, P.R., Caro, M. & García-Juesas, J.A. (2004). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Comunicación presentada en el V Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Benidorm*.
- Gil-Monte, P.R., Carretero, N., Roldán, M.D. & Núñez-Román, E.M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2),107-123.
- Gil-Monte, PR., Núñez-Román, E.M. & Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(2), 227-232.

- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del “síndrome de quemarse por el trabajo” (“Burnout”) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones* 12 (1), 67-80.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997a). Desgaste psíquico en el trabajo. Ed. Síntesis Madrid.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997b). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (82), 261-268.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 2(1), 116-122.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J.M. (1999a). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1999b). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Gil Monte, P.R. & Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.

- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4 (1), 165-179.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., Valcárcel, P. & Grau, R. (1996): La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: Un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 17(4), 37-42.
- Gil-Monte, P. R., Valcárcel, P. & Zornoza, A. (1995). Role stress: Burnout antecedent in nursing professionals. En J.M. Peiró, F. Prieto, J. L. Meliá, y O. Luque (Eds.), *Work and Organizational Psychology: European contributions of the nineties* (pp. 77-87). Hove Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Glazer, S. (2005). Six of one, half a dozen of the other: problems with working fixed and rotating shifts international. *Journal of Stress Management*, 12(2), 142-163.
- Goldberg, B.C. & Waldman, A.D. (2000). Modeling employee absenteeism: testing alternative measures and mediated effects based on job satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 665-676.
- Goldberg, B.C., & Waldman, A.D. (2000). Modeling employee absenteeism: testing alternative measures and mediated effects based on job satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 665-676.
- Golembiewsky, R.T. & Munzenrinder, R.F. (1988). Phases of burnout: developments in concepts and applications. Nueva York: Praeger.

- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and proxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- González Portal, M. D (1992): Conducta prosocial: Evaluación e Intervención. Madrid: Morata.
- González-Romá, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 62, 165-174.
- Gorp, K. y Schaufeli, W. B. (1993, septiembre). Burnout and cognitive withdrawal: A social exchange perspective. *Trabajo presentado en el «Third ENOP workshop on Personnel Psychology in Health Care Organizations, Cracovia (Polonia).*
- Grajales, T. (2000). Estudio de la Validez Factorial de Maslach Burnout Inventory versión Española en una Población de Profesionales Mexicanos. Recuperado en junio de 2001. <http://www.tagnet.org/autores/monografias/mono.htm>.
- Grau, R., Salanova, M. & Peiró, J.M. (2000). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18 (1), 57-75.
- Grau, A., Suñer, R. & García, M.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Greenglass, R.E., Burke, R.J. & Konarsky, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: examination of a model. *Work and Stress*, 11(3), 267-278

- Greenglass, E. R., Burke, R. J. & Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology*, 52 (4), 580-597.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Riksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Greenglass, E.R., Fiksenbaum, L. & Burke, R J. (1996). Components of social support, buffering effects, and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 185-197.
- Greenwald, A.G., Banaji, M.R., Rudman, L.A., Farnham, S.D., Nosek, B.A. & Mellott, D.S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109, 3-25.
- Guerrero B.E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19(1), 145-158.
- Hackett, D.R., & Bycio, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism a coping mechanism among hospital nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 327-338.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.

- Hallberg, U. E., Johansson, G. & Schaufeli, W. B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135–142.
- Hagström, T. & Kjellberg, A. (2007). Stability and change in work values among male and female nurses and engineers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 143-151.
- Halbesleben, J.R.B. (2006). Sources of social support and Burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91 (5), 1134-1145.
- Halbesleben, J.R.B. & Buckley, M.R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879.
- Halbesleben, J.R.B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208-220.
- Hallberg, U.E., Johansson, G. & Schaufeli, W.B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135-142.
- Happell, B., Martin, T. & Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.

- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 2<sup>a</sup> ed., pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Harvey, S., Kelloway, E.K. & Duncan-Leiper, L. (2003). Trust in management as a buffer of the relationships between overload and strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(6), 306.
- Haslam, S.A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K. & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355-370.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. & Aro, A. (2004). Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 220-237.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new approach at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Hobfoll, S.E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: applications to stress and management in the workplace. In: Golembiewski, R.T. (Ed.), *Handbook of Organization Behavior*, 2<sup>nd</sup> Revised Edition, pp. 57–81. Marcel Dekker, New York.

- Hochwalder, J.C., Bergsten, X. & Brucefors, A. (2005). Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and Individual Differences*, 39, 1237-1248.
- Holman, D.J. & Wall, T.D. (2002). Work characteristics, learning-related outcomes, and strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (4), 283-301.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lonnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population-- Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 59-66.
- Houkes, I., Janssen, P.P.M., de Jonge, J. & Bakker, B. (2003). Specific-determinants of intrinsic work motivation, emotional exhaustion and turnoverintention: A multisample longitudinal study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 427-450.
- House, J S. (1981) *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison. Wesley.
- Iacovides, Fountoulakis, K.N., Kaprinis, S. & Kaprinis,G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*,7, 209-221.
- Iverson, D.R., Olekalns, M. & Erwin, J. P. (1998) Affectivity, organizational stressors and absententism: a causal model of Burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 1-23.

- Jackson, S. E., Turner, J. A. & Brief, A. P. (1987). Correlates of burnout among public service lawyers. *Journal of Occupational Behavior*, 8, 339–349.
- Jamal, M. (2005). Burnout among Canadian and Chinese employees: A cross-cultural study. *European Management Review*, 2, 224-230.
- James, L. R., Mulaik, S. A. y Brett J. M. (1982). *Causal analysis: Assumptions, models, and data*. Beverly Hills: Sage.
- Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of eVort–reward fairness and innovative work behaviour. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 287–302
- Janssen, P., Schaufeli, W. B., & Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimension. *Work and Stress*, 13 (1), 74-86.
- Jawahar, I.M., Stone, T.H., & Kisamore, J.L. (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 142-159.
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80-87.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631.
- Jex, S.M. y Bliese, P.D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multinivel study. *Journal of Applied Psychology*. 84, 349-361.

- Jex, S., Bliese, P., Buzzell, S., & Primeau, J. (2001). The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 401-409.
- Jex, S. M. y Gudanowski, D. M. (1992). Efficacy beliefs and work stress: A exploratory study. *Journal of Organizational Behaviour*, 13, 262-279.
- Jimmieson, N.L., Terry, D.J., & Callan, V.J. (2004). A longitudinal study of employee adaptation to organizational change. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 11-27.
- Johnson, M., Haigh, C., & Yates-Bolton, N. (2007). Valuing of altruism and honesty in nursing students: a two-decade replication study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 366-374.
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1986). *LISREL user guide version VI* (4th edn.).Mooresville, IL: Scientific Software International.
- Kalichman, S.C., Gueritault-Chalvin, V., & Demi, A. (2000). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses working in AIDS care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(3), 31-37.
- Kalliath, T.J. & Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *Journal of Nursing Administration*, 32 (12) 648–654.
- Kalliath, T. J., O’Driscoll, M. P., Gillespie, D. F., & Bluedorn, A. C. (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of health care professionals. *Work and Stress* , 14, 35-50.

- Kammeyer-Mueller, J.D., Wanberg, C.R., Glomb, T.M. & Ahlburg, D. (2005). The role of temporal shifts in turnover processes: it's about time. *Journal of Applied Psychology, 90*(4), 644-658.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308.
- Karasek, R. & Theorell T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. *The American Journal of Public Health, 8*, 1013-1014.
- Karatepe, O.M., Yavas, U., Babakus, E. & Avci, T. (2006). Does gender moderate the effects of role stress in frontline service jobs? *Journal of Business Research, 59*, 1087-1093.
- Kilfedder, C.J., Power, G., Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing, 34*(3), 383-396.
- Kinicki, A.J., McKee, R., Schriesheim, F.M., Chester A.C. & Kenneth, P. (2002). Assessing the construct validity of the Job Descriptive Index: A review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 87*(1), 14-32.
- Kinnunen, M.L., Feldt, T., Kinnunen, U., Kaprio, J. & Pulkkinen, L. (2006). Association between long-term job strain and metabolic syndrome factor across sex and occupation. *Journal of Individual Differences, 27*(3), 151-161.
- Kohan, A. & Mazmanian, D. (2003). Police work, burnout, and pro-organizational behaviour a consideration of daily work experiences. *Criminal Justice and Behavior, 30*(5), 559-583.

- Kovner, C., Brewer, C., Wu, Y.W., Cheng, Y. & Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 71-79.
- Krausz, M., Koslowsky, M., Shalom, N., & Elyakim, N. (1995). Predictors of intention to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 277-288.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Lackritz, J. R. (2004). Exploring burnout among university faculty: Incidence, performance, and demographic issues. *Teaching and Teacher Education*, 20, 713–729.
- Lackritz, J.R. (2004). Exploring burnout among university faculty: Incidence, performance, and demographic issues. *Teaching and Teacher Education*, 20(7), 713-729.
- Lambert, V.A., Lambert, C.L. & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97.
- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Belkic, K.L., Baker, D. Schwartz, J.E., Pickering, T.G. et. al. (2003). The workplace and cardiovascular disease: Relevance and potential role for occupational health psychology. En J.C. Quick, L.E.Tetrick, E. Lois . *Handbook of occupational health psychology*. (pp. 265-287). Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Lang, J.C. & Lee, C.H. (2005). Identity accumulation, others' acceptance, job-search self-efficacy and stress. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 293-312.
- Langelaan, S., Bakker, A.B., van Doornen, L.J.P., & Schaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference?. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 521-532.
- Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J.& Wilk P. (2001) Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings. *Journal of Nursing Administration* 31, 260–272.
- Le blanc, P., Bakker, A., Peeters, C.W.,M., Van Heesch, C.A., N. & Schaufeli, W.B. (2001). Emotional job demands and burnout Among oncology care providers *Anxiety, stress, and coping*, 14, 243-263
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 743-747.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal. of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Leiter, M.P.(1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 237-250). Londres: Taylor & Francis.

- Leiter, M.P. (2005). Perception of risk: An organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, Stress & Coping*, 18(2), 131-144.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizacional commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2005). *A mediation model of job burnout*. In A. S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.), *Research companion to occupational health psychology* (pp. 544\_564). Cheltenham: Edward Elgar.
- LeRouge, C.; Nelson, A. & Blanton, J.E. (2006) The impact of role stress fit and self-esteem on the job attitudes of IT professionals. *Information & Management* 43, 928–938
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de Noviembre).
- Llorens, S., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Salanova, M. (in press, corrected proof available online 10 December 2004). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs, and engagement exist? *Computers in Human Behavior*.
- Locke, E.A. (1976). "The nature and causes of job satisfaction", in Dunnette. *Handbook of industrial and organizational psicology*. Chicago. United States. Rand McNally College Ed.

- López, R.M., Martín, C.M., Fuentes, C.I., García, E., Ortega, R., Cortés, A.D. & García, J.L. (2000). El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. *Medicina Paliativa*, 7(3), 94-100.
- MacCaulay, J.R. & Berkowitz, L. (1970). *Altruism and helping behaviour*, Academic Press, New York.
- Malach-Pines, A., Ben-Ari, A., Utasi, A., & Larson, D. (2002). A cross-cultural investigation of social support and Burnout. *European Psychologist*, 7(4), 256-264.
- Manassero, M.A., García-Buades, E., Ramis, C. & Torrens, G. (2003). Relaciones entre trabajo emocional y burnout en el sector servicios. *Encuentros en Psicología Social*, 1(4), 3-7.
- Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (4), 367-373.
- Marcelissen, F.H G., Winnubst, J. A. M., Buunk, B., & de Wolff, C.J. (1988). Social support and occupational stress: A causal analysis. *Social Science and Medicine*, 26, 365-373.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Nueva York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C. (2001). Burnout. En OIT (Ed.). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pp.34.74-34.75). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 63-74.

- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of experience Burnout *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach C. & Jackson SE.(1986) The Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; (versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA; 1997).
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3ª ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-18). Londres: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS Care*, 8, 195-206.
- Maytum, J.C., Bielski, M., Heiman, B.S. & Garwick, A.W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children uit chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171-179
- McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.

- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327-353.
- Melamed, S., Shirom, A., & Froom, P.(2003). Burnout and risk of type 2 diabetes mellitus (DM) in Israeli workers. Paper presented in *Work, Stress and Health: The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress and Health*, Toronto, Ontario, Canada, March 20–23.
- Meliá, J.L. & Peiró, J.M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23 [The measurement of job satisfaction in organizational settings: The S20/23 Job Satisfaction Questionnaire]. *Psicologemas*, 5, 59-74.
- Michinov, N. (2005). Social comparison, perceived control and occupational burnout. *Applied Psychology*, 54(1), 99-118.
- Mohr, A.T., & Puck, J.F. (2007). Role conflict, general manager job satisfaction and stress and the performance of IJVs. *European Management Journal*, 25(1), 25-35.
- Molina L., M., Avalos Martínez, F., & Jiménez Cervantes, I. (2005), *Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enfermería Clínica*, 15, 275-282.

- Molina, A., García, M. A., Alonso, M. & Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9), 564-574.
- Montalbán P.F., Durán, D.M.A., & Bravo S.M. (2000). Autorreferencialidad y Síndrome de Burnout. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 77-95.
- Mommersteeg, P.M.C., Heijnen, C.J., Verbraak, M.J.P.M., & van Doornen, L.J.P., (2006). Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology* 31, 216–225
- Moreno-Jiménez, B., Bustos R., Matallana A. & Miralles T. (1997) La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13(2), 185-207.
- Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Garrosa, E., & Mingote, J.C. (2006) Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico *Atención Primaria*, 38(10), 544-549.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R. & Escobar, E. (2001) La evaluación del Burnout profesional factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 69-78
- Moos, R. H. (1986). *Work environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottoroff, J.L., & Johnson, J.L.(1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nursing Science*, 13, 1-14.
- Myers, D.G. (1995) *Psicología social*, México, McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A. de V.C.
- Nebot X, Prat A. & al. (1995) Los médicos y el síndrome de agotamiento profesional (Burnout). *Medicina Integral*; 25,(7), 324-328.
- Noval, R. (2002). Aspectos médicos éticos y legales. Disponible en: <http://www.amaportal.com/hemeroteca/articulos/articulo1.html>
- Nunnally, N.C. (1978). *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors and nurses perceptions of ethical problems in the end-of-life decision. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 707-715.
- Olmedo, E. (1993). Propiedades psicométricas del constructo burnout. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, Universidad de La Laguna.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Örtqvist, O., & Wincent, J. (2006). Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 399-422.

- Osca, A.; González-Camino, G., Bardera, P. & Peiró, J.M. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema* 15 (1), 54-57.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405.
- Peeters, M.C.W., Montgomery, A.J., Bakker, A.B. & Schaufeli, W.B. (2005). Balancing work and home: how job and home demands are related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12 (1), 43-61.
- Peiró, J.M., González-Roma, V., Tordera, N. & Manas, N. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology and Health*, 16, 511-525.
- Penner, L.A., Dovidio, J.F., Piliavin, J.A., & Schroeder, D.A. (2005). Prosocial behavior: Multilevel perspectives. *Annual Review Psychology*, 56, 365-392.
- Pérez Nieto, M.A., Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J.J., Camuñas, N., Sayalero, M.T., & Blanco, J.M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 247-257.
- Perrewé, P. L., & Carlson, D. S. (2002). Do men and women benefit from social support equally? Results from a field examination within the work and family context. In D. L. Nelson, & R. J. Burke (Eds.), *Gender, work stress and health* (pp. 101–114). Washington,DC: American Psychological Association.

- Perrewé, P., Hochwarter, W.S., Rossic, A.M., Wallace, A., Maignane, I., Castrof, S.L. Ralstong, D.A., Westmanh, M., Vollmeri, G., Tangj, M., Wanj, P., & Van Deusen, C.A. (2002). Are work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self-efficacy, and burnout. *Journal of International Management*, 8, 163-187.
- Perrewé, P., Zellars, K.L., Rossi, A.M., Ferris, G.R., Kackmar, C.J., Liu, Y., Zinko, R., & Hochwarter, W.A. (2005). Political Skill: An Antidote in the Role Overload–Strain Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(3), 239-250.
- Piliavin, J.A, Dovidio, J.F, Gaertner, S.L. & Clark, RD. (1981). *Emergency Intervention*. New York: Academia.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33–51). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures* . New York: The Free Press.
- Piko, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Posig, M., & Kickul, J. (2003). Extending our understanding of burnout: Test of an integrated model in non service occupations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 3-19.

- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australian Emergency Nursing Journal*, 9, 57-64.
- Puialto Durán, M.J., Rodríguez, A., & Moure Fernández, L. Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en las enfermeras del Chuvi (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo).
- Raghuram, S. & Wiesenfeld, B. (2004). Work-non work conflict and job stress among virtual workers. *Human Resources Management*, 43(2-3), 259-277.
- Ramos, J., Montalbán, F.M. & Bravo, M. (1997). *Estrés en las organizaciones: concepto, consecuencias y control*. En M.I. Hombrados (Coord.) *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Rauhala, A., Kivima, K.M., Fagerstro, M.L., Elovainio, M., Virtanem, M., Vahtera, J., Rainio, A.K., Ojaniemo, K. & Kinnunen, J. (2007). What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 286-295.
- Renzi, C., Tabolli, S. Lanni, A. Di Pietro, C. & Puddu, P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 19, 153-157.

- Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87 (4), 698.
- Richardsen, A. M., Burke, R. J. & Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5 (1), 55-68.
- Richardsen, A.M., Burke, R.J. & Martinussen, M. (2006). Work and health outcomes among police officers: the mediating role of police cynicism and engagement. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 555-574.
- Richardsen, A.M. & Martinussen, M. (2005). Factorial validity and consistency of the MBI-GS across occupational groups in Norway. *International Journal of Stress Management*, 12 (3), 289-297.
- Richer, S.F., Blanchard, C. & Vallerand, R.J. (2002). A motivational model of work turnover. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(10), 2089-2113.
- Rizzo, R.J., House, J.R. & Lirtzman, I.S. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G.P.J., de Bruin, M.B.N. & Schmidt, A.J.M. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health*, 21, 17–25.

- Román Hernández, J. (2003) Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Salanova, M., Grau, R.M., Cifre, E., & Llorens, S. (2000). Computer training, frequency of usage and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 16, 575-590.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, L., & Schaufeli, W.B. (2003). Perceived collective efficacy, subjective well-being and task performance among electronic work groups: an experimental study. *Small Groups Research*, 34(1), 43-73.
- Sarmiento, T.P., Laschinger, H.K.S. & Iwasiw, C. (2003). Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing a Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 134-143.
- Schaubroeck, J., Lam, S.S.K.. & Lin Xie, J. (2000). Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors. *Journal of Applied Psychology*, 85(4), 512-525.
- Schaufeli, W.B. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of Burnout. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1, 86-131.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin K, & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.

- Schaufeli, W.B., Bakker, A., Schaap, C., Kladler, A., & Hoogduin, C.A.L. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health, 16*, 565–582.
- Schaufeli WB, & Enzmann D. (1998) The Burnout companion to study and practice: A critical analysis. Taylor & Francis, London.
- Schaufeli, B.W., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of Burnout: a review. En W.B., C. Maslach y T. Mareek (eds) Profesional Burnout. 199-215.
- Schaufeli, W.B., & Janczur, B. (1994). Burnout among nurses: a Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 25*, 95-113.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C., & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson y M.P. Leiter, *The Maslach Burnout Inventory* (3<sup>rd</sup>.Ed). Test Manual (19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I., Marqués-Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies, 33*, 464–481.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Roma, V., & Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*, 71-92.

- Schaufeli, B.W., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two Burnout measures. *Journal of Organizational Behavior, 14*, 631- 647.
- Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross national and clinical validity of cutt off points for the Malasch Burnout Inventory. *Psichological Reports, 73*, 1083-1090.
- Schaufeli, B.W., Van Dierendonck, D., & Van Gorp, K. (1996) Burnout and reciprocity: towards a dual-level social exchange mode. *Work and Stress ,3*, 225-237.
- Schmitz, N., Neumann, W. & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies, 37*, 95-99.
- Schroeder, D.A., Penner, L.A., Dovidio, J.F & Piliavin, J.A. (1995). The psychology of helping and altruism: Problems and puzzles. McGraw-Hill series in social psychology. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Scholz, U., Gutiérrez, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.
- Schutte, N. Toppinen, S., Kalimo, R. & Schaufeli, W. (2000).The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73*, 53-66.

- Schwab, R. L. (1986). Burnout in education. En C. Maslach y S. E. Jackson, *Maslach Burnout Inventory* (2<sup>a</sup> ed., pp. 18-22). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schwarzer, R. (1999). General perceived self-efficacy in 14 Cultures. Self-efficacy assessment. Available at:  
<http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm>.
- Schwarzer, R., Schmitz, G. S. & Daytner, G. T. (1999). Teacher self-efficacy. Available at:  
[http://userpage.fu-berlin.de/\\_health/author.htm](http://userpage.fu-berlin.de/_health/author.htm).
- Sears, S.F., Urizar, G.G. & Evans, G.D. (2000). Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 56-62.
- Shirom, A. (1989). Burnout in organizations. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25– 48). Chichester: Wiley.
- Shirom, A. & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13 (2), 176-200.
- Shirom, A., Nirel, N. & Vinokur, A.D. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 328-342.
- Siebert, C.D. & Siebert, C.F. (2007). Help seeking among helping professionals: a role identity perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 49-55.

- Skaalvik, E.M. & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology, 99*(3), 611-625.
- So-Kum Tang C., Wing-Tung, A., Schwarzer, R. & Schmitz, G. (2001). Mental health outcomes of job stress among Chinese teachers: role of stress resources factors and burnout. *Journal of Organizational Behavior, 22*, 887-901.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Warg, L. & Ohlson, C. (1996). The factor structure of the Maslach Burnout Inventory in two Swedish human service organizations. *Scandinavian Journal of Psychology, 37*, 437-433.
- Sonnenschein, M., Mommersteeg, M.C., P., Houtveen, H. J. Sorbi, J.,M., Schaufeli, B.W. & van Doornen, J.P.L. (2007) Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: An in-depth study using the experience sampling method. *Biological Psychology, 75*, 176-184
- Stordeurs, S., D'Hoore, W. & and the Next Study Group. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing, 57*(1), 45-58.
- Sundin, L., Hochwalder, J., Bildt, C., & Lisspers, J. (2006) The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies 44* (5), 758-769.

- Taris, T.W., Le Blanc, P., Schaufeli, W.B. & Schreurs, P.J.G. (2005). Are there relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work and Stress, 19*, 256-262.
- Taris, W.T., Peeters, W.C.M., Le Blanc, M.P., Scheurs G.J.P. & Schaufeli, B.W. (2001). From inequity to Burnout: the role of job stress. *Job Stress, 6*(4),303-323.
- Taris, T.W., Schreurs, P. & Schaufeli, B.W. (1999) Construct validity of the Maslach Burnout Inventory General Survey: a two sample examination of its factor structure and correlates. *Work and Stress, 13*(3), 223-237.
- Taris, T.W., Van Horn, J.E., Schaufeli, W.B. & Schreurs, P.G.J. (2004). Inequity, burnout and psychological withdrawal among teachers: a dynamic exchange model. *Anxiety, Stress, and Coping, 17*(1), 103-122.
- Teasdale, K., Brocklehurst, N., & Thom, N. (2001). Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing, 33*(2), 216-224.
- Tetrick, L.E., Slack, K.J., Da Silva, N., & Sinclair, R.R. (2000). A comparison of the stress-strain process for business owners and nonowners. *Journal of Occupational Health Psycholog, 5*(4), 464-476.
- Thompson, M.S., Page, S.L., & Cooper, C.L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine, 9*, 221- 235.

- Tobak, N., & Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15, 321-331.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R. & Jäppinen (2005). Burnout as a Predictor of Medically Certified Sick-Leave Absences and Their D. *Behavioral Medicine*, 31(1), 18-27.
- Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., & Mutanen, P. (2002). The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: Eight-year prospective study of exhaustion. *Journal of Organizational Behavior*, 23(5), 555-570.
- Torras, M.T., Bernad, J.A., Pedregosa, M.M, Bernat, M.J., Miranda, M., Catalá, M., Roig, I., Llorens, M., Masfred, L., Soler, R., Muncharaz, D.M., & Casas, R. (2001-2002). Importancia de la detección del Síndrome de Burnout en la asistencia primaria. *C. Med. Psicosom*, N° 60 / 61.
- Truchot, D., Keirsebilck, L. & Meyer, S. (2000). Communal orientation may not buffer Burnout. *Psychological Reports*, 86, 872-878.
- Truchot, D. & Deregard, M. (2001). Perceived inequity, communal orientation and burnout: The role of helping models. *Work & Stress*, 15 (4), 347- 356.
- Tsoelebis, A., Moulou, A. & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3, 69–71.

- Tsigilis, N, Koustelios, A. & Togia, A. (2004). Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction. *Journal of Managerial Psychology*, 19(7), 666-675.
- Tyson, G.A, Lambert, G. & Beattie, L. (2002). The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 94-102.
- Tummers, G., Jansenn, P., Landeweerd, A.B. & Houkes, I. (2001). A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 151-162.
- Um, M.Y. & Harrison D.F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain. *Social Work Research*, 22(2), 100-115
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, 42(2) suppl, II57-II66.
- Van den Berg, T.I.J., Landeweerd, J.A., Tummers, G.E.R. & Van Merode, G.G. (2006). A comparative study of organisational characteristics, work characteristics and nurses' psychological work reactions in a hospital and nursing home setting. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 491-505
- Van Dierendonck, D. Schaufeli, B.W. & Buunk, P.B. (2001). Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study. *Journal of Occidental Health Psychology*, 6(1), 43-52.

- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B. & Sixma, H.J. (1994). Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 86-100.
- Van Emmerik, I.H., M. Jawahar, M. & Stone, T.H. (2005). Associations among altruism, burnout dimensions, and organizational citizenship behaviour. *Work & Stress, 19*(1), 93-100.
- Van Horn, H.E., Schaufeli, W.B. & Taris, T.W. (2001). Lack of reciprocity among Dutch teachers: Validation of reciprocity indices and their relation to stress and well-being. *Work & Stress, 15*(3), 191-213.
- VanYperen, N.W. (1996). Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology, 26*(4), 338-354.
- VanYperen, W.N., Buunk, B.P. & Schaufeli, W.B. (1992). Communal Orientation and the Burnout Syndrome among nurses. *Journal of Applied Social Psychology, 22*(3), 173-189.
- VanYperen, W.N., Hagedoorn, M. & Geurts, S.A. (1996). Intent to leave and Absenteeism as Reactions to Perceived Inequity: the Role of Psychological and Social Constraints. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69*, 367-372.
- Van Veghel, N., de Jonge, J., Meijer, T., & Hamers, J. P. H. (2001). Different effort constructs and effort–reward imbalance: Effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 128–136.

- Van Veghel, N., de Jonge, J., Söderfeldt, M., Dormann, C. & Schaufeli, W.B. (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11(1), 21-40.
- Varela-Centelles, P.I., Fontao Valcárcel, L.F., Martínez-González, A.F., Pita Babío, A. & Valín Liz, M.C. (2005). Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Atención Primaria*, 35(6), 301-305.
- Vermeulen, M. & Gender, C.M. (2000). Differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (4), 428.
- Verplanken, B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 599-605.
- Visser, M.R.M., Smets, E.M.A., Oort, F.J. & de Haes, H.. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-275.
- Wagner, S.L., & Rush, M.C. (2000). Altruistic organizational citizenship behavior: context, disposition and age. *Journal of Social Psychology*, 140(3), 379-391.
- Walster E., Walster G.W. & Berscheid E. (1978) Equity: theory and research. Allyn & Bacon, Boston.
- Watson, B.C., Chemers, M.M., & Preiser, N. (2001). Collective efficacy: a multilevel analysis. *PSPB*, 27(8), 1057-1068.

- Weinberg, A. & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355 (9203), 533-7.
- Wilson, M.G., Dejoy, D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., & McGrath, A.L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.
- Winnbust, J.A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Londres : Taylor & Francis.
- Wright, A.T. & Cropanzano, R. (2000). The role of organizational behavior in occupational health psychology: a view as we approach the millennium. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 5-10.
- Yonge, O. & Molzahn, A. (2002). Exceptional nontraditional caring practices of nurses *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 399-405.
- Zapf, D. Dormann, C. & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: A review of a literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Stress Psychology*, 1(2). 145-169.

- Zellars, L.K. & Perrewé L.P. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 459-467.
- Zellars, L.K., Perrewé, L.P. & Hochwarter, A.W. (1999). Mitigating Burnout among high-NA employees in health care: what can organizations do? *Journal of Applied Social Psychology, 29*(1), 2250-2271.
- Zellars, L.K., Perrewé L.P. & Hochwarter, A.W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Psychology, 30*(8), 1570-1598.

## ANEXO





VNIVERSITATIS VALÈNCIA

CÓDIGO \_\_\_\_\_

(A rellenar por el  
personal investigador)

**CUESTIONARIO PARA ESTUDIAR LA  
CALIDAD DE VIDA LABORAL  
EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Dpto. de Psicobiología y Psicología Social  
Facultad de Psicología  
Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia  
Tfno. 963 864 420 (ext. 2077)

Información sobre el cuestionario:

En el Departamento de Psicobiología y Psicología Social (Facultad de Psicología) de la Universidad de Valencia estamos desarrollando desde hace algunos años estudios sobre la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería, con el objetivo de diseñar intervenciones con criterios rigurosos para mejorar las condiciones de trabajo de estos profesionales, y la calidad de los cuidados y de la atención que prestan a la sociedad.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación que tiene como objetivo investigar como influye sobre esa calidad de vida laboral fenómenos como el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), para ello hemos elaborado un conjunto de cuestionarios que si son contestados con sinceridad nos permitirán comprender mejor esos procesos y su influencia sobre el trabajo de enfermería.

El cuestionario que usted rellene no será enseñado bajo ninguna razón o circunstancia a personas empleadas en su organización. Todos los datos que refleje en él serán tratados confidencialmente. Su anonimato será mantenido en todo momento y los datos sólo se analizaran agrupados.

Es importante que responda a todas las cuestiones, pues las omisiones invalidan el conjunto de la escala a la que esté respondiendo. Responda rodeando con un círculo la alternativa adecuada o escribiendo las respuestas en los espacios que preceden a las cuestiones, según proceda. Compruebe al final que ha contestado a todas las preguntas.

**Esperamos que comprenda la importancia de este estudio para el colectivo profesional del que forma parte y para futuras intervenciones que pueden mejorar su calidad de vida y la de sus compañeros de profesión. Por ello le solicitamos su colaboración.**

Muchas gracias por el tiempo que va a dedicar a responder a este cuestionario.

## **AUTOEFICACIA**

A continuación aparecen una serie de afirmaciones que tienen que ver con la percepción de su competencia. Para responder a ellas rodee con un círculo el número que más se ajuste al grado de acuerdo con su percepción según la escala que se le presenta a continuación.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga			1 2 3 4 5	
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.			1 2 3 4 5	
3. Me resulta fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.			1 2 3 4 5	
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.			1 2 3 4 5	
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.			1 2 3 4 5	
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.			1 2 3 4 5	
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.			1 2 3 4 5	
8. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer			1 2 3 4 5	
9. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.			1 2 3 4 5	

## **MOTIVACIÓN PARA LA AYUDA**

A continuación aparecen una serie de situaciones que describen el comportamiento de las personas en sus relaciones con otros. Léalos con atención y señale rodeando con un círculo en qué grado le describen a usted puntuándolos de 1 a 5 con la escala que aparece a continuación. Las puntuaciones bajas indican que esa situación no le describe, la puntuación intermedia quieren decir que es difícil decidir si se identifica o no con la situación, quizá porque a veces se comporta de esa manera o a veces no, o porque no es importante para usted, y puntuaciones altas indican que la situación le describe.

**1= Completamente FALSO para mí**

**2= Bastante FALSO para mí**

**3= Ni VERDADERO ni FALSO para mí**

**4= Bastante VERDADERO para mí**

**5= Completamente VERDADERO para mí**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. No me considero una persona especialmente dispuesta a ayudar a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No disfruto especialmente ayudando a otros.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Creo que es mejor no implicarse en resolver los problemas de otros.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. No soy esa clase de persona que ayuda a los demás.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.. Procuero evitar a las personas que tienen problemas.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.. La gente debería guardar sus problemas para ellos.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## ***APOYO SOCIAL***

Las preguntas que encontrará a continuación hacen referencia a su relación con las personas con las que trabaja. Para responder a ellas utilice las escalas que se ofrecen en cada caso y rodee el número que más se ajuste a su experiencia. Cada escala sirve para valorar las preguntas que le siguen.

	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Cuando surgen problemas en el trabajo ¿puede discutirlos con su supervisor/a?	1	2	3	4
2. Cuando surgen problemas en el trabajo ¿puede discutirlos con sus compañeros?	1	2	3	4
3. Cuando surgen problemas en el trabajo ¿puede discutirlos con los médicos de la unidad?				
	.1	2	3	4
4.. ¿Se siente apreciado en el trabajo por su supervisor/a?	1	2	3	4
5. ¿Se siente apreciado en el trabajo por sus compañeros?	1	2	3	4
6. ¿Se siente apreciado en el trabajo por los médicos de su unidad?	1	2	3	4
7.. ¿Con qué frecuencia le ayuda su supervisor/a cuando surgen problemas en el trabajo?				
	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia le ayudan sus compañeros cuando surgen problemas en el trabajo?				
	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia le ayudan los médicos de su unidad cuando surgen problemas en el trabajo?	1	2	3	4

## ***PERCEPCIÓN DE INEQUIDAD***

Las siguientes afirmaciones tienen que ver con su visión personal sobre su trabajo. Valórelas con la siguiente escala:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Totalmente En desacuerdo</b>	<b>en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>

1. Pongo más en mi trabajo de lo que obtengo a cambio de él. 1 2 3 4 5

2. Recibo bastantes recompensas por los cuidados y atenciones que doy a los pacientes. 1 2 3 4 5

3. Me dejo la piel en el trabajo comparado con lo que recibo a cambio. 1 2 3 4 5

4. No veo que se me recompense mucho a cambio de los esfuerzos que pongo en mi trabajo. 1 2 3 4 5

5. Presto mucha atención a los pacientes pero obtengo poco agradecimiento a cambio. 1 2 3 4 5

## ***CONFLICTOS INTERPERSONALES***

Las preguntas que encontrará a continuación hacen referencia a su relación con las personas con las que trabaja. Para responder a ellas utilice las escalas que se ofrecen en cada caso y rodee el número que más se ajuste a su experiencia. Cada escala sirve para valorar las preguntas que le siguen.

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>Regularmente</b>	<b>Todos los día</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con su supervisor/a?				
				1 2 3 4 5
2. ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con sus compañeros?				
				1 2 3 4 5
3. ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con los pacientes?				
				1 2 3 4 5
4. ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con los familiares de los pacientes?				
				1 2 3 4 5
5. ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con los médicos de su unidad?				
				1 2 3 4 5
6. ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con otros trabajadores del hospital (celadores, limpieza, auxiliares, cocina, lavandería, etc.)?				
				1 2 3 4 5

## ***SOBRECARGA LABORAL***

Para valorar las siguientes preguntas utilice la escala que aparece a continuación:

**1=Muy frecuentemente**

**2= Frecuentemente**

**3= A veces**

**4= Raramente**

**5= Muy raramente**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando está trabajando ¿se encuentra con situaciones especialmente duras?               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Ha tenido que hacer más de una cosa a la vez?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Ha tenido problemas con su trabajo debido a que se ha ido complicando progresivamente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Le es posible trabajar con un ritmo relajado?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Le ocurre que no tiene tiempo suficiente para completar su trabajo?                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Piensa que tiene que hacer un trabajo demasiado difícil para usted?                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Para contestar a la siguiente pregunta use la escala que va a continuación. Por favor, rodee con un círculo la respuesta que considere más adecuada.

7. Qué piensa sobre la cantidad total de trabajo que tiene que hacer?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Es demasiado poco</b>	<b>Es mucho</b>	<b>Es lo correcto</b>	<b>Es poco</b>	<b>Es muy</b>

## **CONFLICTO DE ROL**

El siguiente bloque de afirmaciones está directamente relacionado con fuentes potenciales de estrés en su trabajo. Le pedimos que las califique según su grado de acuerdo con la presencia que tienen en su trabajo. Por favor, conteste rodeando con un círculo el número de respuesta que mejor indique su experiencia de acuerdo con la siguiente escala

**1= Muy en desacuerdo**

**2= Algo en desacuerdo**

**3= Indiferente**

**4= Algo de acuerdo**

**5= Muy de acuerdo**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Tengo que hacer cosas de forma diferente a como pienso que deben hacerse.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tengo que trabajar bajo normas y políticas incompatibles entre sí.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Se me pide que realice funciones y tareas para las que no estoy autorizada/o.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tengo que saltarme alguna regla o norma para realizar mis tareas/funciones.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tengo que trabajar con dos o más grupos que hacen las cosas de manera bastante diferente.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Recibo demandas incompatibles de dos o más personas.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Tengo que hacer cosas que están bien vistas por unos pero mal vistas por otros.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Se me asignan tareas/funciones sin los recursos y medios materiales adecuados para realizarlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## ***AMBIGÜEDAD DE ROL***

En esta parte del cuestionario se le pide que valore la información que tiene sobre su puesto de trabajo tan objetivamente como pueda, indicando en que grado las frases siguientes resultan apropiadas para describirlo. Para ello tiene que trazar un círculo alrededor del número que mejor describa su puesto de trabajo.

- 1= Muy inapropiada
- 2=Bastante inapropiada
- 3= Algo inapropiada
- 4= Dudosa
- 5= Poco apropiada
- 6= Bastante apropiada

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Conozco el grado de autoridad que tengo en mi trabajo.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Los objetivos y metas de mi trabajo son claros y están planificados.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Tengo claro como tengo que distribuir mi tiempo en la jornada de trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Conozco cuáles son mis responsabilidades en el trabajo.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Conozco los criterios con los que me evalúan.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Sé exactamente lo que se espera de mí en el trabajo.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## ***SOBRECARGA LABORAL***

Para valorar las siguientes preguntas utilice la escala que aparece a continuación:

**1=Muy frecuentemente**

**2= Frecuentemente**

**3= A veces**

**4= Raramente**

**5= Muy raramente**

- |  |   |   |   |   |          |
|--|---|---|---|---|----------|
| 1. Cuando está trabajando ¿se encuentra con situaciones especialmente duras?               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5        |
| 2. ¿Ha tenido que hacer más de una cosa a la vez?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5        |
| 3. ¿Ha tenido problemas con su trabajo debido a que se ha ido complicando progresivamente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5        |
| 4. ¿Le es posible trabajar con un ritmo relajado?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5        |
| 5. ¿Le ocurre que no tiene tiempo suficiente para completar su trabajo?                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5        |
| 6. ¿Piensa que tiene que hacer un trabajo demasiado difícil para usted?                    | 1 | 2 | 3 | 4 | <u>5</u> |

Para contestar a la siguiente pregunta use la escala que va a continuación. Por favor, rodee con un círculo la respuesta que considere más adecuada.

7. Qué piensa sobre la cantidad total de trabajo que tiene que hacer?

- |                          |                 |                       |                |               |
|--------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|---------------|
| <b>1</b>                 | <b>2</b>        | <b>3</b>              | <b>4</b>       | <b>5</b>      |
| <b>Es demasiado poco</b> | <b>Es mucho</b> | <b>Es lo correcto</b> | <b>Es poco</b> | <b>Es muy</b> |

## **MBI**

A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Para responder a ellas ponga el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Nunca	Alguna vez al	Una vez al mes	Algunas veces	Una vez por	Algunas veces	Todos
	año o menos	o menos	al mes	semana	por semana	los días

- 1)\_\_\_ Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o.
- 2)\_\_\_ Al final de la jornada me siento agotada/o.
- 3)\_\_\_ Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
- 4)\_\_\_ Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.
- 5)\_\_\_ Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.
- 6)\_\_\_ Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.
- 7)\_\_\_ Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.
- 8)\_\_\_ Me siento "quemada/o" por el trabajo.
- 9)\_\_\_ Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.
- 10)\_\_\_ Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
- 11)\_\_\_ Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.
- 12)\_\_\_ Me encuentro con mucha vitalidad.
- 13)\_\_\_ Me siento frustrada/o por mi trabajo.
- 14)\_\_\_ Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
- 15)\_\_\_ Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.
- 16)\_\_\_ Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.
- 17)\_\_\_ Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.
- 18)\_\_\_ Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.
- 19)\_\_\_ He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.
- 20)\_\_\_ En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.
- 21)\_\_\_ Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.
- 22)\_\_\_ Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

## ***SATISFACCIÓN LABORAL***

Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen distintos aspectos de su trabajo.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Bastante insatisfecho</b>	<b>Algo insatisfecho</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Algo satisfecho</b>	<b>Bastante satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>

1. Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le gustan	1	2	3	4	5	6	7	
2. El salario que usted recibe		1	2	3	4	5	6	7
3. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar		1	2	3	4	5	6	7
4. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo		1	2	3	4	5	6	7
5. El entorno físico y el espacio del que dispone en su lugar de trabajo		1	2	3	4	5	6	7
6. Las oportunidades de formación que le ofrece la empresa		1	2	3	4	5	6	7
7. Las oportunidades de promoción que tiene		1	2	3	4	5	6	7
8. Las relaciones personales con sus superiores		1	2	3	4	5	6	7
9.. La supervisión que ejercen sobre usted		1	2	3	4	5	6	7
10. La capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
11.. Su participación en las decisiones de su departamento o sección	1	2	3	4	5	6	7	

## ***PROBLEMAS DE SALUD***

Las siguientes preguntas tienen que ver con su estado de salud: ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones durante las últimas semanas en relación con su trabajo? Si es así, ¿con qué frecuencia?

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy frecuentemente</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
1. ¿Le han temblado las manos hasta el punto de preocuparle?	1	2	3	4	5
2. ¿Le ha preocupado que sin estar haciendo ningún esfuerzo se le cortara la respiración?	1	2	3	4	5
3. ¿Ha sentido bruscamente palpitaciones o pinchazos en el pecho?	1	2	3	4	5
4. ¿Ha tenido dolores o molestias en el estómago?	1	2	3	4	5
5. ¿Ha notado que suda más de lo habitual?	1	2	3	4	5
6. ¿Ha tenido ausencias, mareos o vértigos?	1	2	3	4	5
7. ¿Ha tenido jaquecas o dolores de cabeza?	1	2	3	4	5
8. ¿Ha tenido algún problema de salud a causa de su trabajo?	1	2	3	4	5
9. ¿Ha sufrido pérdida de apetito?	1	2	3	4	5
10. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4	5
11. ¿Se ha sentido más fatigado de lo normal?	1	2	3	4	5
12. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	1	2	3	4	5
13. ¿Ha tenido contracturas o dolores musculares?	1	2	3	4	5

## ***ABSENTISMO***

¿Cuántos días en los últimos 12 meses ha faltado al trabajo por enfermedad? \_\_\_\_\_ días