



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

*Variables psicosociológicas y burnout  
en sanitarios*

**TESIS DOCTORAL**

**Salamanca, 2014**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA,  
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**Programa de Doctorado: *La enfermedad: su dimensión personal y  
condicionantes socioculturales***

**Área de Psiquiatría**

***Variables psicosociológicas y burnout  
en sanitarios***

**Fdo: Nieves Porras Santos**

**M<sup>a</sup> ÁNGELES DÍEZ SÁNCHEZ Y GLORIA M<sup>a</sup> BUENO CARRERA**  
PROFESORAS DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA  
CIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE  
SALAMANCA

**CERTIFICAN:**

Que el presente Trabajo de Tesis Doctoral titulado: *Variables psicosociológicas y burnout en sanitarios* ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Nieves Porras Santos, diplomada en Enfermería y licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca, y reúne, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar al Grado de Doctora por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca a, diez de marzo de dos mil catorce

Fdo:

Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Díez Sánchez

Fdo:

Gloria M<sup>a</sup> Bueno Carrera

*A la memoria de mi padre y,  
A mi madre que sigue siendo apoyo en cada una de mis etapas y proyectos hasta llegar aquí.*

*Agradecimientos*

## **Agradecimientos:**

En primer lugar agradezco a mis directoras Dr<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Díez Sánchez y Dr<sup>a</sup> Gloria Bueno Carrera su orientación, dedicación y paciencia en la elaboración de esta Tesis Doctoral.

A la profesora M<sup>a</sup> Ángeles Díez Sánchez debo agradecer también su habilidad, asesoramiento y revisión de la parte metodológica y estadística de este trabajo. A la profesora Gloria Bueno Carrera su claridad y oportunas recomendaciones.

Al Catedrático de Psiquiatría, Dr Ginés LLorca, por permitirme realizar esta investigación, dándome para ello todo tipo de facilidades.

Aprecio, igualmente, la disponibilidad e incondicional ayuda del Dr. Jesús López Lucas, documentalista de la Facultad de Psicología en la búsqueda y realización del Análisis Bibliométrico.

A mi compañera del grupo de investigación del Área de Psiquiatría Beatriz Cabrejas Martínez por ayudarme a utilizar las nuevas tecnologías.

Mi más sincera gratitud a los compañeros docentes de la Escuela de Enfermería por sus palabras amigas y de aliento para continuar.

A Dña. Elvira Velasco Morillo, Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario de Salamanca, sin su aprobación no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

A las Subdirectoras de Enfermería, en especial a mi amiga Berta Sierra Ávila, por su comprensión y ayuda y, a los Supervisores y Supervisoras que mostraron su colaboración de manera desinteresada.

Y por último a las enfermeras y auxiliares, indispensables en este estudio, que accedieron generosamente a participar sin apenas tiempo para... casi nada.

A todos ellos muchas gracias.

*Índice*

## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2.- EL SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Estrés laboral.....</b>	<b>11</b>
2.1.1. Concepto de estrés laboral.....	14
2.1.2. Modelos de estrés laboral.....	17
2.1.3. Situación laboral actual en Enfermería.....	22
<b>2.2. Concepto de Burnout.....</b>	<b>25</b>
2.2.1. Definición.....	26
2.2.2. Otras denominaciones.....	33
2.2.3. Otros conceptos.....	35
2.2.4. Enfoque positivo: Engagement.....	38
2.2.5. Evolución del Síndrome de Burnout.....	39
2.2.6. Modelos explicativos.....	43
2.2.7. Consecuencias del Burnout.....	51
2.2.7.1. Satisfacción laboral.....	53
2.2.8. Evaluación del Burnout.....	57
2.2.8.1. El Maslach Burnout Inventory (MBI).....	58
2.2.9. Epidemiología en profesionales sanitarios.....	63
2.2.10. Legislación y Salud Laboral.....	69
<b>3.- VARIABLES IMPLICADAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>73</b>
<b>3.1.- Variables organizacionales.....</b>	<b>73</b>
3.1.1. Efecto contagio.....	77

3.1.2. Apoyo social.....	77
<b>3.2. Variables personales.....</b>	<b>80</b>
3.2.1. Variables sociodemográficas individuales.....	80
3.2.1. Variables sociodemográficas laborales.....	83
<b>3.3. Variables Psicológicas.....</b>	<b>85</b>
3.3.1. Expectativas de Control Personal.....	89
3.3.1.1. Concepto de Expectativa.....	89
3.3.1.2. Evaluación.....	96
3.3.1.3. Expectativas e Investigación.....	96
3.3.2. Inteligencia Emocional.....	101
3.3.2.1. Concepto de Inteligencia Emocional.....	101
3.3.2.1.1. Concepto de Inteligencia.....	103
3.3.2.1.2. Concepto de Emoción.....	106
3.3.2.1.3. Competencia y Educación Emocional.....	113
3.3.2.2. Modelos de Inteligencia Emocional.....	116
3.3.2.3. Evaluación.....	123
3.3.2.1. Inteligencia Emocional e Investigación.....	123
<b>4. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO..</b>	<b>135</b>
<b>5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>149</b>
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>153</b>
<b>6.1. Muestra.....</b>	<b>153</b>
<b>6.2. Descriptivos de muestra.....</b>	<b>155</b>
<b>6.3. Batería de Instrumentos.....</b>	<b>166</b>

6.3.1. Entrevista semiestructurada.....	166
6.3.2. Cuestionario Estrés Laboral Enfermera (NSS).....	166
6.3.3. Bateria de Expectativas Genralizadas de Control (BEEGC).	167
6.3.4. Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24).....	168
6.3.5. Maslach Burnout Inventory (MBI).....	168
<b>6.4. Descriptivos de Instrumentos.....</b>	<b>171</b>
<b>6.5. Procedimiento.....</b>	<b>179</b>
<b>6.6. Análisis de datos.....</b>	<b>180</b>
<b>7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>183</b>
7.1. Primera Hipótesis.....	183
7.2. Segunda Hipótesis.....	198
7.3. Tercera Hipótesis.....	206
7.4. Cuarta Hipótesis.....	211
<b>8. LIMITACIONES Y PROPUESTAS.....</b>	<b>223</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>229</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>233</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>263</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Modelo teórico del desgaste profesional de Moreno-Jimenez et al., 2005. Fuente: Gálvez M., et al., 2009.....	50
Fig. 2: Modelo integrado adaptado de Gil-Monte, 2005. Fuente: Gálvez M., et al., 2009.....	51
Fig. 3: Diferencia entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado adaptado de Bandura, 1977. Fuente: Palenzuela D, Barros A, Almeida L. 1977.....	94
Fig. 4: Modelo tridimensional de Expectativas Generalizadas de Control de Palenzuela, 1990.....	94
Fig. 5: Sistema límbico. Estructuras neuroanatómica.....	111
Fig. 6: Modelo de IE de Mayer y Salovey. Fuente: Fernandez- Berrocal, 2009.....	121
Fig. 7: Número de publicaciones PsycINFO.....	136
Fig. 8: Número de publicaciones. Medline.....	136
Fig. 9: Número de publicaciones. ISI Web of knowledge .....	136
Fig. 10: Productividad por autores en PsyINFO y Medline .....	138
Fig. 11: Productividad por autores en ISI Web of knowledge .....	139
Fig. 12: Productividad por revistas .....	140
Fig. 13: Productividad por áreas de conocimiento.....	142
Fig. 14: Productividad por países.....	143
Fig. 15: Idioma de las publicaciones.....	143
Fig. 16: Palabras clave.....	144

Fig.17: Edad.....	155
Fig. 18: Género y estado civil.....	156
Fig. 19: N° de hijos.....	156
Fig. 20: Categoría profesional.....	157
Fig. 21: Servicios hospitalarios.....	157
Fig. 22: Tipo de contrato, jornada y turno.....	158
Fig. 23: Salud general percibida.....	159
Fig. 24: Medicación y Tipo de medicación.....	160
Fig. 25: Baja laboral y número de bajas.....	160
Fig. 26: Motivo de baja laboral.....	161
Fig. 27: Satisfacción con su puesto de trabajo.....	162
Fig. 28: Percepción de valoración profesional.....	162
Fig. 29: Funciones profesionales.....	163
Fig. 30: Actividad y Formación fuera del horario laboral.....	164
Fig. 31: Tareas en el hogar.....	164
Fig. 32: Modo de relizar las tareas.....	164
Fig. 33 a 42: Cuestionario Estresores Enfermera (NSS) 9 escalas y total.....	172
Fig. 43 a 48: Resultados de la Bateria de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC) .....	174
Fig. 49 a 51: Resultados de las subescalas de la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS).....	176
Fig. 52: Contingencia y Agotamiento.....	183
Fig. 53: Autoeficaciacia y Agotamiento.....	184

Fig. 54: Indefensión y Agotamiento.....	185
Fig. 55: Éxito y Agotamiento.....	185
Fig. 56: Suerte y Agotamiento.....	186
Fig. 57: Contingencia y Despersonalización.....	187
Fig. 58: Autoeficacia y Despersonalización.....	188
Fig. 59: Indefensión y Despersonalización.....	188
Fig. 60: Éxito y Despersonalización.....	189
Fig. 61: Suerte y Despersonalización.....	190
Fig. 62: Contingencia y Realización.....	191
Fig. 63: Autoeficacia y Realización.....	192
Fig. 64: Indefensión y Realización.....	192
Fig. 65: Éxito y Realización.....	193
Fig. 66: Atención y Agotamiento.....	198
Fig. 67: Claridad y Despersonalización.....	199
Fig. 68: Claridad y Realización.....	200
Fig. 69: Reparación y Realización.....	201
Diagrama 1: Modelo Inicial: Agotamiento.....	212
Diagrama 2: Modelo Final: Agotamiento.....	212
Diagrama 3: Modelo Inicial: Despersonalización.....	214
Diagrama 4: Modelo Final: Despersonalización.....	214
Diagrama 5: Modelo Inicial: Realización.....	216

Diagrama 6: Modelo Final: Realización..... 216

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de respuestas en burnout, insatisfacción e intención de abandono en 12 países de Europa y en USA.....	55
Tabla 2: Función de las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento emocional (Adaptado de Ochsner y Barrett, 2001). Fuente: Palmero y Martínez 2009. ....	110
Tabla 3: Modelos de la IE. Fuente: Adaptado de Ramos et al., 2012.....	118
Tabla 4. Experiencia profesional y antigüedad en el servicio actual. ....	158
Tabla 5: Horas que dedica a las tareas del hogar.....	165
Tabla 6: Puntuaciones de referencia para la clasificación del síndrome de burnout.....	170
Tabla 7: Medias de referencia para profesionales de enfermería (Gil-Monte y Peiró, 2000).....	170
Tabla 8: Descriptivos del Cuestionario Estresores Enfermera (NSS).....	171
Tabla 9: Descriptivos de las subescalas de la Batería de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC) .....	173
Tabla 10: Descriptivos de las subescalas de la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS) .....	175
Tabla 11: Descriptivos de las subescalas del Maslach Burnout Inventor (MBI)...	176
Tabla 12: Porcentaje de burnout en enfermeras, auxiliares y en la muestra total...	178
Tabla 13: Análisis Post Hoc: Contingencia y Agotamiento.....	184
Tabla 14: Análisis Post Hoc: Autoeficacia y Agotamiento.....	184

Tabla 15: Análisis Post Hoc: Indefensión y Agotamiento.....	185
Tabla 16: Análisis Post Hoc: Éxito y Agotamiento.....	186
Tabla 17: Análisis Post Hoc: Suerte y Agotamiento.....	186
Tabla 18: Análisis Post Hoc: Contingencia y Despersonalización.....	187
Tabla 19: Análisis Post Hoc: Autoeficacia y Despersonalización.....	188
Tabla 20: Análisis Post Hoc: Indefensión y Despersonalización.....	189
Tabla 21: Análisis Post Hoc: Éxito y Despersonalización.....	190
Tabla 22: Análisis Post Hoc: Suerte y Despersonalización.....	190
Tabla 23: Análisis Post Hoc: Contingencia y Realización.....	191
Tabla 24: Análisis Post Hoc: Autoeficacia y Realización personal.....	192
Tabla 25: Análisis Post Hoc: Indefensión y Realización personal.....	193
Tabla 26: Análisis Post Hoc: Éxito y Realización personal.....	193
Tabla 27: Análisis Post Hoc: Atención y Agotamiento.....	199
Tabla 28: Análisis Post Hoc: Claridad y Despersonalización.....	200
Tabla 29: Análisis Post Hoc: Claridad y Realización.....	200
Tabla 30: Análisis Post Hoc: Reparación y Realización.....	201
Tabla 31: Factores NSS y Dimensiones de Burnout.....	206
Tabla 32: Análisis de Regresión: variable criterio: Agotamiento Emocional.....	213
Tabla 33: Análisis de Regresión: variable criterio Despersonalización.....	215
Tabla 34: Análisis de Regresión: variable criterio Realización.....	216

## *Introducción*



## 1. INTRODUCCIÓN

El burnout se encuadra dentro del estrés laboral y se considera una respuesta que se produce en el curso de las interacciones personales dentro de las organizaciones (Maslach, 2001)<sup>1</sup>. Se trata de un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles, personal, social y laboral<sup>2</sup>.

Gil-Monte (2005) define el burnout o desgaste profesional como *“una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, por el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional”*<sup>3</sup>.

Un prolongado estrés ocupacional puede dar lugar al desgaste laboral en profesionales en las que se mantiene una relación de ayuda directa y constante, basada en un contacto interpersonal intenso con los beneficiarios del servicio<sup>4</sup>. Entre estas profesiones, la sanitaria, como profesión de ayuda, muestra altos niveles de estrés, siendo propensa a desarrollar desgaste profesional<sup>5</sup>.

El estrés laboral en general y, en particular, el estrés de los profesionales de la salud, está originado por una combinación de variables organizacionales y personales. El componente organizacional depende de las condiciones del trabajo y del clima laboral, y el componente personal en relación a la capacidad de afrontamiento, y resistencia ante situaciones adversas inductoras de estrés mantenido<sup>5</sup>.

Son profesionales en los que a las fuentes de estrés propias del ámbito laboral sanitario, como la escasez de personal, trato con usuarios problemáticos, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, conflictos con los compañeros, se suma una preparación inadecuada para tratar las necesidades emocionales de los pacientes y de sus familias, junto a rápidos cambios tecnológicos<sup>6,7</sup>.

Además, el profesional de enfermería es el que más tiempo pasa con los pacientes o usuarios; las interacciones se caracterizan por la exigencia de percibir y comunicar las emociones del paciente, por el ajuste de su comportamiento ante dudas emocionales y por el control de la expresión emocional propia. El nivel de intensidad y variedad de las expresiones emocionales manifestadas han sido consideradas predictoras del burnout<sup>7</sup>.

Las consecuencias que produce el desgaste laboral a nivel organizacional suelen ser importantes, ligadas principalmente a una disminución en la calidad de la asistencia o de los servicios que se prestan, al aumento de costes anuales en la empresa debido al absentismo laboral, reducción de la productividad, gastos médicos y compensaciones por reclamaciones<sup>8,9</sup>.

A nivel del individuo, produce agotamiento físico, puede conducir a la enfermedad, provocar problemas familiares, problemas psicológicos y puede estimular la aparición de conductas no saludables (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas), igualmente juega un papel también relevante en la satisfacción, en el absentismo y en la rotación laboral<sup>8,9</sup>.

Por tanto, el estrés laboral y desgaste profesional en enfermería son relevantes en un doble sentido: por su posible relación con problemas de salud física y

psicológica y por otro lado, por sus consecuencias negativas sobre la ejecución profesional y laboral. Ambos efectos son indeseables porque repercuten negativamente en la profesión de Enfermería y en la calidad de los cuidados que se ofrecen al usuario y familia<sup>10, 6</sup>. Además puede verse afectado el clima laboral donde se proporcionan los mismos, con conflictos interpersonales e intergrupales y donde el burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para los equipos de salud<sup>11</sup>.

Este problema es de interés para los profesionales sanitarios y también para la sociedad en general, ya que el estado de salud de los cuidadores influye sobre la calidad de los servicios prestados a los usuarios de la Sanidad. Señalar que el burnout en profesionales sanitarios no se diferencia del que está presente en otras profesiones, pero las reacciones de éstos son únicas en algunos aspectos, en parte porque puede tener consecuencias devastadoras para los pacientes<sup>11</sup>.

La acción de los estresores, sobre los profesionales, está influida por una serie de factores personales, que actúan modulando sus efectos sobre el nivel de estrés o burnout.

Entre los factores personales significativos, podemos destacar algunas características de personalidad, como las Expectativas de Control Personal (grado en que la persona espera que los acontecimientos o resultados que puedan acontecerle o tener lugar en su vida sean contingentes con sus acciones)<sup>12</sup> y la Autoeficacia, definida por Bandura (1982) como *“los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”*<sup>13</sup>.

De esta manera, el nivel de autoeficacia influye sobre la forma de percibir y procesar las demandas o amenazas ambientales. En la medida en que el sujeto posea

control sobre los estresores, éstos no tendrán efectos adversos para él mismo. Pero si creen que no los pueden controlar, estos sucesos les angustian e incapacitan su nivel de funcionamiento. Así, las personas con elevados niveles de autoeficacia tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente incontrolables<sup>13</sup>.

Además, los profesionales que manifiestan un locus de control externo presentan una mayor probabilidad de padecer estrés y se muestran menos eficaces que los sujetos caracterizados por un locus de control interno.

Otra variable de personalidad es la Inteligencia Emocional entendida por Mayer y Salovey (1997)<sup>14</sup> como “*la habilidad para percibir, comprender, regular y utilizar las emociones de manera adaptativa en la propia persona y en los demás*”, con efectos moduladores en el proceso de desgaste profesional y sus consecuencias<sup>15</sup>.

Maslach, 1982, específicamente argumenta, que los profesionales asistenciales que no tienen competencias emocionales tienen una probabilidad mayor de desarrollar desgaste profesional<sup>16</sup>.

Así, la percepción de Control, Autoeficacia y la Inteligencia Emocional, adquieren especial relevancia en las profesiones asistenciales, como enfermería, en las que la atención al usuario/paciente es una de las principales tareas del profesional; en esta atención individualizada, el profesional ha de tener habilidad para controlar sus propias emociones y detectar, interpretar y manejar correctamente las emociones de los demás, ya que estas son un indicador de las necesidades del paciente. Y aunque el burnout, es considerado principalmente, como un problema relacionado con las características del trabajo no se puede obviar la contribución de la propia

autoeficacia y competencia emocional de los profesionales, con el fin de prevenir su aparición<sup>15</sup>.

Desde esta perspectiva, actualmente la mayoría de los autores consideran importante identificar los recursos emocionales que contribuyen a la reducción del desgaste profesional<sup>16,7</sup>.

Teniendo en cuenta que algunos autores consideran el burnout como una respuesta a las demandas crónicas de tipo emocional e interpersonal en el ámbito laboral y que las excesivas demandas emocionales juegan un papel relevante en el desarrollo del burnout, parece conveniente investigar aquellas profesiones que impliquen una interacción cara a cara con los usuarios/pacientes<sup>17,18</sup>.

Aunque las tasas de estrés laboral pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicas, todos los datos indican tasas altas de prevalencia en los profesionales del sector sanitario. Son muchos los estudios que indican que el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que en otras muchas ocupaciones y que Enfermería constituye uno de los colectivos profesionales que sufre más altos niveles de estrés laboral y desgaste profesional o burnout (McGrath 2003)<sup>19</sup>.

Por tanto, a pesar de los numerosos estudios realizados sobre el burnout en personal de enfermería, parece justificado estudiar a estos profesionales sanitarios, por ser los que más tiempo pasan con los usuarios/pacientes en el Hospital y Centro de Salud, a veces en situaciones de tensión con gran repercusión emocional<sup>20,7</sup>.

La importancia de seguir investigando este fenómeno está en la medida en que se puedan aclarar los factores que intervienen tanto en la experiencia como en las

manifestaciones de burnout, así como la búsqueda de estrategias válidas de prevención para tratar de disminuir la incidencia y prevalencia de este fenómeno.

Desde este punto de vista, el objetivo general es: Estudiar el burnout o la respuesta al estrés laboral crónico en el personal de enfermería y la vulnerabilidad al mismo que dan variables personales, emocionales y los propios estresores profesionales.

## *El Síndrome de Burnout*



## **2.- EL SINDROME DE BURNOUT**

El síndrome de burnout se considera una de las diferentes respuestas que pueden aparecer en situaciones de estrés laboral crónico, y por tanto una de las posibles formas de desarrollo del proceso de estrés laboral, pero no la única. Es considerado en la actualidad como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes<sup>21, 3</sup>.

### **2.1.- Estrés laboral**

La necesidad de estudiar el síndrome del burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado el interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados. En los últimos años, el estrés laboral ha sido identificado, de forma reiterada, en estudios realizados en la Unión Europea (UE) como una de las principales preocupaciones en el lugar de trabajo, lo cual supone un desafío no sólo para la salud de los empleados sino también para el «bienestar» de las empresas.

Los estudios realizados han constatado que es un problema importante y supone un coste económico y social significativo. Los resultados de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo<sup>22</sup>, reflejan que un 24% de trabajadores de la UE cree que su salud y seguridad están en riesgo a causa del trabajo. El estrés, la depresión y los trastornos de ansiedad están entre las tres primeras causas de baja por enfermedad en Europa y lejos de reducirse, las cifras tienen tendencia a crecer por la actual crisis económica.

Por sectores, la mayor frecuencia de problemas psicológicos la presentan los trabajadores de la educación, los de la sanidad, y los trabajadores de la administración pública.

Diversos estudios sugieren que entre el 50% y el 60% del total de los días laborales perdidos están vinculados al estrés. Esto representa un enorme coste, en términos tanto de daño humano como de perjuicio al rendimiento económico, pues además de las graves repercusiones sobre la salud mental y física de los trabajadores, el impacto del estrés laboral es evidente en los «síntomas organizativos» (como por ejemplo, el alto nivel de absentismo y de rotación de personal, el bajo rendimiento en materia de seguridad, el desánimo de los empleados, la falta de innovación y baja productividad)<sup>23</sup>.

La Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo (2007-2012)<sup>24</sup>, cuyo objetivo es mejorar la calidad y la productividad en el trabajo, consideran que el trabajo encierra un riesgo para la salud. En este sentido, tanto la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo como la Estrategia Española 2007-2012<sup>25</sup>, han expresado la necesidad de promover medios que permitan conocer las causas y efectos de estos riesgos, así como diseñar y poner en práctica herramientas útiles para prevenirlos, reducirlos o eliminarlos, desarrollando técnicas de afrontamiento tanto colectivas como individuales.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) declara que la crisis financiera y la transformación del mercado laboral someten a los trabajadores a exigencias crecientes y, por tanto, no resulta sorprendente que el estrés de origen laboral ocupe un lugar destacado entre las preocupaciones de las personas. En la última encuesta realizada a trabajadores del total de los 27 países de la Unión Europea, incluida España, publicada en mayo de 2013<sup>26</sup>, la mitad de los trabajadores europeos (51%) ponen de manifiesto que la percepción de estrés laboral es muy elevada. Perciben el estrés como algo habitual en su entorno de trabajo y un 16% se queja de que se trata de un problema “muy frecuente”. No obstante, esta percepción

varía ligeramente en función del género, la edad y el tipo de ocupación. Las mujeres (con un 54% frente al 49% de los hombres), los trabajadores entre 18 y 54 años (53%) y el personal sanitario o dedicado al cuidado y a la asistencia de otras personas (44%) son los grupos que consideran con mayor frecuencia que el estrés laboral forma parte de su día a día.

Según los datos recogidos, los motivos que generan mayor estrés laboral a los trabajadores europeos son la precariedad laboral o la reorganización de la plantilla (72%), seguidas de las horas o la carga de trabajo (66%). Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos datos se invierten en el caso de los profesionales dedicados al ámbito sanitario o al cuidado de otros, quienes afirman en un 77% de los casos que las horas empleadas o la carga de trabajo constituyen su fuente principal de estrés. Asimismo, seis de cada diez trabajadores (59%) señalan que el acoso laboral o la intimidación en el trabajo constituyen una causa habitual de estrés laboral, así como la falta de apoyo por parte de compañeros y superiores (57%) o las escasas oportunidades de control de las pautas de trabajo (46%).

A pesar de la elevada incidencia de estrés laboral, el 40% de los trabajadores encuestados considera que este problema no se maneja de manera adecuada por parte de la empresa u organización a la que pertenece y el 15% afirma que no se hace nada al respecto, es decir, que no existen programas para detectar ni hacer frente a estos riesgos psicosociales<sup>26</sup>.

Para finalizar señalar que el coste estimado de los problemas de estrés es del orden del 10% del PIB. Los datos en España parecen confirmar los resultados de otros países<sup>27, 23</sup>.

### 2.1.1.- Concepto de estrés laboral

Debido a la importancia directa e indirecta del estrés en el marco laboral los estudios sobre el mismo han sido múltiples<sup>28, 29</sup>. A pesar de ello, no se cuenta todavía con una definición comúnmente aceptada en torno al concepto de estrés laboral<sup>30</sup>. De modo que el término es utilizado desde tres teorías o conceptos bastante diferentes. Estas tres teorías son: la aproximación del estímulo, la de la respuesta y la mediacional o transaccional.

#### 1.- La teoría del estímulo

Concibe el estrés en términos de estímulo (estresor), un evento o situación que afecta al individuo y que es potencialmente dañino o perjudicial. Así, Kahn (1985)<sup>30</sup> señala que el término estrés hace referencia a las fuerzas externas o condiciones que se supone tienen, o han mostrado tener, posibles efectos negativos sobre el organismo. En este contexto, Kasl (1987)<sup>31</sup> distinguió entre estímulos objetivos y subjetivos, acercándose de este modo a la definición transaccional del estrés. Los estímulos objetivos se refieren a las condiciones ambientales objetivas, mientras que los subjetivos pueden ser definidos como las percepciones subjetivas o evaluaciones de las condiciones ambientales objetivas. No obstante, un evento o una situación potencialmente estresante no se denomina estrés, sino estresor.

#### 2.- La teoría de la respuesta

El estrés es considerado como una respuesta psicológica o fisiológica del organismo a alguna clase de amenaza externa. Según la teoría de Selye (1956, 1976)<sup>32, 33</sup>, el estrés puede ser causado por una gran variedad de factores, y es una reacción no específica del organismo a una amenaza externa. El individuo intenta defenderse de tal amenaza por medio de un complejo de reacciones fisiológicas, que

el autor denominó Síndrome de Adaptación General (SAG), en el que es posible identificar tres fases o estados.

La primera es la reacción de alarma, donde el organismo se moviliza por medio de cambios fisiológicos y hormonales para autoprotegerse de la amenaza. Si el estresor se prolonga en el tiempo y existe la posibilidad de que pueda ser contrarrestado o neutralizado, comienza la fase de resistencia. Es este el período de adaptación óptima, donde el organismo ha activado los sistemas más adecuados para vencer la amenaza específica planteada por el estresor. Si la exposición al estresor continua, la energía de adaptación del organismo comienza a agotarse, y así se pone en marcha la etapa final de este proceso, que denomina de agotamiento. Cuanto más a menudo se active el SAG, más negativas serán para el individuo las consecuencias en términos de fatiga, enfermedad y envejecimiento<sup>34</sup>.

Sin embargo, investigaciones posteriores, han puesto de manifiesto que no se mantiene la idea de Selye de que eventos estresantes diferentes pongan en marcha el mismo patrón general de respuesta. Se ha demostrado que dependiendo de la naturaleza e interpretación de los estímulos y de la emoción experimentada, pueden tener lugar diferentes reacciones fisiológicas y hormonales<sup>34</sup>. Existe acuerdo, en que el burnout podría definirse como una forma de estrés laboral que correspondería a la última fase de agotamiento del proceso de estrés formulado por Selye<sup>18</sup>.

### 3.- La teoría transaccional

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el estrés psicológico es una *“relación entre la persona y el ambiente, que es evaluada por la persona como excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar”* (p. 21)<sup>35</sup>. Estos autores

distinguen tres tipos de evaluación cognitiva (appraisal): primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria se refiere a valorar el significado del estresor, si la situación es benigna, irrelevante o estresante, y si la situación percibida estresante es amenazadora (una potencial pérdida), o perjudicial (una pérdida actual) o desafiante (una potencial ganancia). La evaluación secundaria hace una valoración de sus recursos para afrontar la situación que incluye las estrategias de afrontamiento (coping), apoyo social y recursos materiales. La reevaluación hace referencia a cambios en la evaluación, basados ya sea en nueva información del ambiente, o en procesos cognitivos de afrontamiento, donde, por ejemplo, una experiencia amenazadora es reevaluada como un desafío.

La conceptualización transaccional del estrés (Lazarus, 1984, 1999)<sup>35,36</sup> centra su atención en los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales que intervienen entre el estresor y la reacción del individuo. El aspecto central de esta aproximación es que el estímulo potencialmente estresante puede llevar a respuestas emocionales diferentes, en función de las evaluaciones cognitivas realizadas por el individuo acerca de la situación y sus recursos. Se coloca el fenómeno del estrés dentro de las cogniciones del individuo. La teoría transaccional propone que las variables individuales y sociales/organizaciones deberían ser estudiadas juntas para determinar la relación entre los estresores ocupacionales y el bienestar<sup>36</sup>.

Es la que cuenta con mayor apoyo empírico y fuerza teórica. Las modernas teorías de estrés generalmente son transaccionales. Desde esta perspectiva, el estrés es visto como una continua transacción entre las demandas y limitaciones externas, apoyos, recursos internos y valores, en la cual el individuo se esfuerza para mantener la balanza en equilibrio.

En consecuencia Matteson e Ivancevich (1987)<sup>37</sup> definen el estrés como “*una respuesta adaptativa, modulada por diferencias individuales, que es consecuencia de cualquier acción, situación o evento que sitúe demandas especiales sobre una persona*”.

#### 2.1.2. - Modelos de estrés laboral.

Los modelos de estrés laboral son numerosos, en todas sus formulaciones hay un esquema general del proceso que alude a la presencia generalizada de factores, de índole muy diversa, que interactúan entre ellos aumentando los niveles de respuesta al estrés y que tienen consecuencias para los procesos de adaptación de los trabajadores. La mayoría de los enfoques que tratan de clasificar los diversos factores laborales, se basan en tres de los modelos de estrés más importantes relacionados con el ámbito laboral: el modelo psicosocial de demandas-control-apoyo, de Karasek y Theorell, (1979; 1990) y Jonson y Hall, (1986)<sup>38-40</sup>; el modelo de inadaptación persona-entorno de Hackman y Oldham, (1976)<sup>41</sup> y el modelo de desfase esfuerzo-recompensa de Siegrist, (1990)<sup>42</sup>.

Las investigaciones han demostrado que los modelos no son excluyentes sino complementarios<sup>42</sup>.

El modelo “Demandas- Control- Recursos- Apoyo, de Karasek (1979,1990)<sup>38</sup>,<sup>39</sup> y Johnson (1986)<sup>40</sup> resalta los procesos psicosociales y factores organizacionales como posibles fuentes de estrés. El modelo es básicamente una ampliación del modelo interactivo de estrés que ha remarcado la importancia que tiene la convicción de control personal sobre los hechos en la aparición de estrés<sup>43</sup>.

Se basa en la interrelación de las demandas que perciben los trabajadores y el control que tienen para hacer frente a ellas. Considera como demandas el exceso de

exigencias psicológicas, sobrecarga (volumen de trabajo, presión de tiempo e interrupciones); el control hace referencia a la capacidad para resolver las demandas, al grado de autonomía, de controlar sus propias actividades y el grado en que el trabajo permite desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad y trabajo variado. La ausencia de percepción de control sobre las contingencias ambientales entraña la aparición de estrés como resultado de la imprevisibilidad que revisten los acontecimientos y el contexto inmediato. Dentro del bajo control sobre el trabajo también puede incluirse la creencia de baja autoeficacia. Johnson<sup>40</sup> amplió el modelo introduciendo la dimensión de apoyo social que hace referencia al clima social en el lugar de trabajo, en relación tanto con los compañeros, como con los superiores y tiene dos componentes: relación emocional que el trabajo implica y soporte instrumental. La función del apoyo social es incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud. El modelo predice, en primer lugar, riesgo de enfermedad relacionado con estrés y en segundo lugar relación con comportamiento activo/pasivo.

Según este modelo, unas bajas o excesivas demandas laborales, un escaso control por parte del profesional en el ejercicio profesional y unos recursos escasos para afrontar dichas demandas laborales, entre las que destaca un apoyo social percibido inadecuado, serían los factores que mejor explican el estrés que sufren muchos profesionales y que mantenido de forma crónica desembocaría en el síndrome de burnout con sus consecuencias asociadas. Tal como predice el modelo, las tareas que combinaban una alta demanda y un bajo poder de decisión se asocian más claramente a los procesos del burnout. La falta de control o de autonomía en el propio trabajo contribuye igualmente al desarrollo del burnout. En diferentes estudios

se ha encontrado que la no participación en la toma de decisiones contribuye significativamente a la despersonalización, pero no a los otros componentes del burnout. De forma más general se comprobó que entre los profesionales de la salud, el poder de decisión contribuye a los tres componentes del burnout<sup>44</sup>.

El modelo de demandas-control-recursos, es uno de los modelos más extendidos en el estudio del estrés, ha recibido apoyo empírico en diversas investigaciones en los últimos años.

El modelo, de inadaptación persona-entorno de Hackman y Oldham (1976)<sup>41</sup>, trata de la mala adaptación entre las capacidades del trabajador y las demandas del entorno o entre las necesidades y expectativas de los trabajadores y las oportunidades reales que el trabajo les ofrece. Hace referencia al hecho de que si las exigencias laborales son tan elevadas que difícilmente se les puede hacer frente o si no pueden modificarse las condiciones del trabajo, la situación genera estrés, aumentando la rapidez con la que se produce el desgaste profesional y el riesgo de padecer enfermedad.

El modelo de desajuste esfuerzo-recompensa, de Siegrist (1996)<sup>42</sup>, asume que el esfuerzo en el trabajo se basa en la reciprocidad social, donde las recompensas se proporcionan en términos de reconocimiento, salario y oportunidades en la carrera profesional. Las amenazas a la carrera profesional incluyen la inestabilidad laboral, la falta de perspectivas de promoción, los cambios no deseados y la inconsistencia de estatus (trabajar por debajo de la propia cualificación), Siegrist<sup>42</sup> señala que el estrés laboral se genera a partir de un elevado esfuerzo, un salario inadecuado y un bajo control sobre el propio estatus ocupacional. Hace referencia al desajuste entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida, en el ambiente laboral. Puede suceder que no se proporcione retroinformación, feedback, adecuado al trabajo y esfuerzo

desempeñados, si esta situación es constante entre las expectativas y los resultados percibidos, puede conducir a sentimientos de insatisfacción, de injusticia y desencadenar estrés. A largo plazo el desequilibrio entre el alto esfuerzo y las bajas recompensas en el trabajo, incrementa la susceptibilidad a las enfermedades como resultado de la continua reacción de tensión<sup>43, 44</sup>.

Existen otros modelos teóricos con formulaciones genéricas y específicas, y no pocas variaciones de los modelos referidos. Además, de forma paralela a la formulación de los modelos teóricos de estrés laboral, se han ido formulando modelos que explican los efectos nocivos del estrés sobre la salud. Los primeros trabajos de Selye (1956) pusieron de manifiesto el síndrome general de adaptación vinculado al estrés<sup>32</sup>.

Estudios posteriores de Everly (1989)<sup>45</sup> hicieron patente la activación de ejes neurales, endocrinos y neuroendocrinos que suponían una preparación del organismo para la respuesta de lucha o huida o de resistencia a la amenaza y la agresión. Investigaciones más actuales han vinculado el sistema inmune a la respuesta de estrés. Hoy día existe un común acuerdo en que la respuesta de estrés supone una modificación sistémica del organismo.

Por tanto, el estrés laboral se define como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación. Y cuando el estrés laboral se cronifica, ya adelantamos que uno de los resultados es el estrés crónico denominado desgaste profesional o burnout.

Un trabajo considerado, tradicionalmente, como muy estresante es el del personal sanitario por estar expuesto a diferentes factores de riesgo. A esto se suma los grandes cambios que están experimentando los sistemas sanitarios en toda Europa. En particular, la transición gradual de la atención hospitalaria a la domiciliaria, lo que aumenta la demanda de personal de enfermería. Por una parte, en los hospitales, el aumento de las necesidades asistenciales para casos urgentes y enfermedades agudas incrementará la presión que soporta el personal de enfermería, ya que el trabajo se intensifica y se requerirán conocimientos más especializados. Además, al personal de enfermería comunitaria se le exige mayor autonomía, el desarrollo de conocimientos teórico-prácticos más diferenciados en relación con la atención a los pacientes y un cambio de roles en las relaciones con los demás profesionales sanitarios. En este contexto, la escasez de personal de enfermería, que afecta a casi todos los países de Europa occidental, determina un considerable aumento de la carga de trabajo y el consiguiente descenso de la calidad de la atención prestada<sup>6</sup>.

En consecuencia, en el caso de los profesionales sanitarios el estrés laboral se ha hecho más patente en los últimos años, según estudios del siglo XXI, por las mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios, por las medidas adoptadas para contener el gasto, menor número de camas con una menor estancia hospitalaria y manejo más intensivo de los pacientes con múltiples comorbilidades. Estrés acrecentado por el empeoramiento de las condiciones laborales actuales por la crisis económica mundial. Todo ello ha supuesto un incremento de la sobrecarga en la atención a pacientes y el consiguiente aumento de la carga emocional y mental; aumento en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o

forzosa, cambios de oficio o profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad, han producido incrementos en las tasas de desgaste profesional en el ámbito sanitario<sup>6, 8</sup>.

En un estudio con personal sanitario en el área de cuidados intensivos se identificó siete categorías mayores de estrés: los conocimientos y la tecnología adecuada, las relaciones interpersonales, la naturaleza de los pacientes a los que tienen que atender, el ambiente físico del trabajo, las condiciones administrativas, la gestión de la unidad y los eventos críticos<sup>11</sup>. Mc Vicar (2003) en una revisión de artículos sobre las principales fuentes de estrés en las enfermeras encontró la carga de trabajo, el estilo de dirección y gestión, conflictos entre los profesionales y el coste emocional de la atención, como las principales fuentes de estrés, otros, como la falta de reconocimiento y el trabajo por turnos se sumaron en estudios más recientes. No encontró acuerdo en cuanto a la magnitud de su impacto<sup>6</sup>.

Laschinger et al. (2003)<sup>46</sup> en su estudio, basado en el modelo de estrés laboral de Hackman y Oldham<sup>41</sup>, halló que las estructuras organizativas con empoderamiento estructural tenían un efecto mediador en la relación entre el entorno laboral y el burnout. El empoderamiento estructural (workplace empowerment) se refiere a los entornos de trabajo que proporcionan acceso a la información, recursos, apoyo y oportunidad de aprender y de desarrollarse<sup>46</sup>. Orlofsky y Gulleberg (1986)<sup>47</sup>, pusieron el énfasis en el ambiente técnico por las nuevas tecnologías, que están poniendo en compromiso la propia competencia profesional.

### 2.1.3. - Situación laboral actual en Enfermería

El Consejo de Enfermería de España elaboró un estudio titulado: La equidad del sistema sanitario, ¿en entredicho?, donde se investigaba la situación laboral de las

enfermeras en el 2012<sup>48</sup>. En el informe la ratio de enfermeras por cada 100.000 habitantes en España está muy lejos de la media de los países de nuestro entorno. Del total de profesionales sanitarios, un 45,29% son médicos y un 54,71% enfermeras. Estos datos son muy distintos de la media obtenida en los 27 países europeos donde, un 29,16% son médicos y un 70,84% enfermeras. Esta distribución, 70-30, es la considerada como eficiente si se tiene en cuenta que, sobre todo en el ámbito hospitalario, las enfermeras deben cubrir los tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche).

España tiene un total de 541,43 enfermeras por cada 100.000 habitantes, según los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística). Esto supone un 35,99% menos que la media europea, situada en 797. Nuestro país ocupa el puesto número 21 respecto a las ratios de enfermeras de todos los países europeos, España necesita 118.063 enfermeras más de las que tiene actualmente, lo que supone un incremento del 47,20% en el número total de estos profesionales, a fecha 1 de enero de 2012.

Los datos desglosados por comunidades autónomas encuentran que existen grandes contrastes entre ellas. Navarra es la comunidad autónoma que mayor número de enfermeras tiene por cada 100.000 habitantes: 881,52 profesionales. Mientras que Murcia (399,97) es la comunidad autónoma con la ratio más baja. Por encima de la media nacional se encuentra Castilla y León (659,25).

El estudio también analizó si está afectando la crisis económica al empleo en enfermería. Se revisaron las cifras de los Informes mensuales del mercado de trabajo de titulados universitarios del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), a 1 de enero de 2012, (fecha de cierre de los datos para el estudio), del número de profesionales sanitarios en España, la tasa de paro de enfermeras era del 3,91%, que se corresponde a 9.772 parados de un total de 250.121. Sin embargo, un año antes, el

1 de enero de 2011, dicha tasa era sólo del 1,47%, con apenas 3.671 enfermeros desempleados.

Enfermería es una profesión que históricamente no ha tenido paro y, lamentablemente, en el año 2011 el paro ha aumentado en más de 6.100 personas, lo que supone un incremento del 162%. Esto supone que la ratio de enfermería, los profesionales que atienden a la población, realmente se reduce en más de 21 profesionales, hasta los 520,28 enfermeros por cada 100.000 habitantes, lo que aleja, aún más si cabe a nuestro país, de la media europea de 797.

Con los recortes sanitarios, la no renovación de contratos de interinos y laborales, la no sustitución de bajas, entre otras medidas, en el año 2012 la situación no ha hecho sino empeorar, a fecha 1 de junio de 2012, había aumentado hasta el 6,55%, con 6.603 nuevos parados. Con lo que, en total, hay 16.375 enfermeros desempleados, esto disminuye la ratio de enfermería en 35,45 profesionales, hasta los 505,98 enfermeros por cada 100.000 habitantes<sup>48</sup>.

Un año después, los últimos datos del SEPE, a fecha 1 de junio de 2013, asciende a 18.210 enfermeros parados, el 8,06%<sup>49</sup>.

A estos datos se añaden otros como la precariedad en el trabajo, entendida como la situación de vulnerabilidad que tienen las personas como consecuencia de un acceso inseguro e inestable al trabajo. En las enfermeras se traduce esta precariedad en que la media de contratos firmados en un mismo centro ha aumentado, así el 44% de los profesionales ha firmado de 1 a 25 contratos, el 31% de 35 a 140 y el 25% de 150 a 420 contratos laborales en los últimos cuatro años, lo cual representa una reducción de la capacidad de autonomía en la planificación de la

vida personal y familiar. También ha aumentado el número de centros y servicios donde han trabajado, lo que demuestra un alto índice de rotación laboral<sup>50</sup>.

Esto refleja que la situación contractual de las enfermeras obedece más a criterios económicos que a criterios de calidad, dificultando la integración en los equipos asistenciales así como la planificación de su tiempo.

## **2.1.- Concepto de Burnout**

Desde que Freuderber describió el burnout en 1974<sup>51</sup> el concepto ha despertado mucho interés como lo demuestran la gran cantidad de publicaciones y la aparición de monografías sobre el tema.

Estos datos ponen de manifiesto el reconocimiento internacional del burnout como un importante problema individual y social. Las razones para tan acentuada popularidad han sido analizadas por diversos autores y justifican su aceptación social. Según han manifestado Gil-Monté<sup>3</sup>, es poco estigmatizante para el individuo, al contrario de lo que ocurre con la mayoría de las perturbaciones mentales, dado que en su comprensión se enfatizan determinantes contextuales, de naturaleza socio-profesional y se reserva un papel que no culpa a la persona. Probablemente gran parte del éxito que ha tenido el término procede del hecho de que un número considerable de profesionales, asistenciales y no asistenciales, se reconocían en los términos descritos. Estas razones son particularmente importantes en el caso de las profesiones de ayuda, como la docencia, los servicios sociales, o los profesionales de la salud, en que al lado de elevadas expectativas y exigencias sociales existe generalmente gran escasez de recursos.

De esta manera, desde su introducción, el término burnout despertó el interés de los profesionales de ayuda afectados por este síndrome, dándose inicio a una fase de investigaciones esencialmente clínicas, orientadas hacia la descripción de los

síntomas y el análisis de los factores individuales subyacentes, pero con ausencia de un cuadro teórico definido o de una aproximación empírica consistente. Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los usuarios, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenirlo a nivel comunitario en programas de servicios<sup>52</sup>.

El elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados y la estructura del sector económico (caracterizados por un incremento del trabajo emocional y mental), las exigencias de mayor calidad del trabajo, junto con la ruptura del contrato psicológico y los costes que supone para las personas y las organizaciones, ha despertado el interés en conocer y tomar medidas para prevenirlo.

En la misma línea, Schaufeli, Leiter y Maslach (2009)<sup>2</sup> revisaron los estudios sobre burnout realizados desde la década de los años 1970 hasta 2009 y concluyeron que el origen del burnout está estrechamente relacionado con el desarrollo social, económico y cultural que ha tenido lugar durante las últimas cinco décadas del siglo XX, que ha significado una rápida y profunda transformación, al pasar de la sociedad industrial a la economía de servicios. Según estos autores, en este principio del siglo XXI sigue siendo considerado como una erosión de un estado psicológico positivo. Actualmente, se reconoce el síndrome de burnout como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual<sup>54</sup>.

#### 2.2.1. - Definición

A pesar de existir multitud de estudios y definiciones del término burnout, no se ha llegado a determinar con claridad y precisión el concepto. Existen, en general,

dos perspectivas a la hora de definir o de enfocar la delimitación conceptual: la clínica y la psicosocial<sup>55</sup>.

La perspectiva clínica considera el síndrome de burnout como un estado al que llega el individuo como consecuencia del estrés laboral. La perspectiva psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia consiste en que el síndrome de burnout como estado, supone un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. La perspectiva psicosocial considera que en el síndrome intervienen tanto características personales, como propias del entorno laboral, y se valora la naturaleza interpersonal del síndrome como factor decisivo en su definición<sup>18</sup>.

Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantea un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo<sup>55, 56</sup>. Desde esta última perspectiva, podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral crónico cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias

La mayoría de los investigadores se encuadran en una aproximación psicosocial al estudio de este fenómeno<sup>1,3</sup>.

Se considera a Herbert Freudenberger (1974) como el autor que acuñó por primera vez el término burnout<sup>51</sup>, para referirse a la respuesta del organismo ante la presencia prolongada de los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluyen fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.<sup>62</sup> Posteriormente, introdujo el término de burnout profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Conceptuó el burnout, desde la perspectiva clínica, como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo<sup>16</sup>.

Desde esta misma línea clínica Pines y Kafry (1982)<sup>57</sup>, definen el síndrome con los siguientes síntomas: fatiga emocional, física y mental; sentimientos de impotencia, desesperanza y sensación de estar atrapado; pérdida de entusiasmo en el trabajo y en la vida en general; baja autoestima, como resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo.

Paralelamente Cristina Maslach (1976) desde la psicología social, inicialmente definió el burnout como *“un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”*<sup>1</sup> En un primer momento, propuso tres dimensiones características: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Es de Maslach y Jackson (1981 y 1986)<sup>58, 16</sup> la aportación de la definición operativa del burnout, mediante su cuestionario el Maslach Burnout Inventor (MBI), que ha sido determinante en la evaluación y estudio de este constructo. Quedó definido como un síndrome caracterizado por:

- Agotamiento o cansancio emocional: vivencia de encontrarse emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender y sentimientos de no poder dar más de sí en el ámbito afectivo.

- Despersonalización: desarrollan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas receptoras de su trabajo, se las ve de forma deshumanizada debido al endurecimiento afectivo y pueden llegar a culpabilizarles de sus problemas.

- Falta de realización personal, al evaluarse negativamente, especialmente en las habilidades laborales y en su relación con las personas que atienden<sup>58, 16</sup>.

Maslach será así la precursora de la perspectiva psicosocial, perspectiva que asumimos al considerar el síndrome de burnout como un proceso interactivo.

Maslach y Jackson (1986) lo definieron como la respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional<sup>58</sup>.

Debido a la evidencia de que el burnout no consistía en un proceso exclusivamente asistencial (Maslach, Jackson, y Leiter, 1996)<sup>59</sup> redefinen el burnout como una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique, necesariamente, una crisis de las reacciones con las personas en el trabajo y elaboran una nueva versión del MBI. Las tres dimensiones serán denominadas: agotamiento emocional, cinismo y falta de eficacia profesional. La dimensión de cinismo

reemplaza a la de despersonalización y refleja la indiferencia y el distanciamiento frente al trabajo que se está ejecutando.

En la revisión del síndrome efectuada en la tercera edición del MBI (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) han propuesto, la substitución de la despersonalización, por el cinismo como segunda dimensión para las profesiones no asistenciales. Esta propuesta expone claramente los aspectos de autocrítica, desvalorización, obstrucción y desconsideración hacia el propio trabajo que están presentes en el síndrome. La desconsideración en el trato a los clientes se convierte en cinismo sobre el alcance y valor del propio trabajo y de la propia organización o institución, volviéndose hiper-críticos y desconfiados hacia cualquier forma de iniciativa organizacional<sup>59</sup>.

Farber (1984)<sup>60</sup> lo define como un síndrome relacionado con el trabajo; surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos y lo conseguido; sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimiento de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, tristeza y baja autoestima<sup>60</sup>.

En la misma línea, Gil-Monte y Peiró (1997)<sup>61</sup>, incluyen, en su modelo, las tres perspectivas: variables organizacionales, personales y estrategias de afrontamiento. Y lo definen como respuesta al estrés percibido cuando fallan las estrategias de afrontamiento para reducirlo; integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la

vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas.

Más recientemente, Gil-Monte (2005)<sup>3</sup> lo conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. La baja ilusión por el trabajo supone un deterioro cognitivo, y se define como disminución en el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales, porque supone una fuente de placer personal. El individuo no percibe su trabajo atractivo para alcanzar las metas profesionales que es fuente de realización personal. El desgaste psíquico, consiste en el deterioro emocional del individuo, se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Esta dimensión es similar a la dimensión de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981).

La indolencia es un deterioro de las actitudes y conductas del profesional, y se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes. Esta dimensión es similar a la dimensión de despersonalización del MBI.

Por último, la culpa se define como un sentimiento negativo o un sentimiento de remordimiento a consecuencia de sentir que se ha violado una norma o creencia social, lo cual genera estrés y tensión que frecuentemente pueden llevar a tratar de reparar la acción efectuada, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales.

No todos los individuos desarrollan este síntoma, pues su aparición está vinculada a los valores sociales, a la ética profesional, y a los procesos de atribución

del individuo, entre otras variables<sup>61</sup>. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita a ellas.

Gil-Monte destaca, además, la ausencia de consenso unánime en torno a la conceptualización del síndrome y enfatiza la necesidad de unificar criterios en su definición.

La definición actual, ampliamente aceptada entre los investigadores, conceptúa el burnout como una *“respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y cinismo e ineficacia profesional”* (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009)<sup>2</sup>.

A pesar de la diversidad de definiciones se pueden reconocer una serie de características comunes entre ellas, que son las siguientes: a) predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente o usuario, c) se suelen dar síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas reductoras de la ansiedad, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en el deterioro de la calidad de vida.

En definitiva, se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados “normales” y por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

En concreto el término hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional, generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por

una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda: enfermeras, médicos, profesores, policías y en general aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con beneficiarios del propio trabajo<sup>54, 3</sup>.

Centrándonos en España, los estudios sobre el síndrome de burnout, además de en los colectivos docentes, deportistas, administrativos y auxiliares administrativos, vigilantes de prisión, trabajadores sociales y voluntarios, la mayoría de las investigaciones se ha centrado en profesiones ligadas a las labores asistenciales o de servicios tales como médicos y enfermeras, profesionales con pacientes con VIH, psicólogos, cuidadores de pacientes geriátricos, cirujanos dentistas, estudiantes, etc.<sup>62, 61</sup>.

#### 2.2.2.- Otras denominaciones

En general, las investigaciones que se han centrado en torno a este concepto emplean la denominación original, “síndrome de burnout”, y al mismo tiempo lo han traducido por el síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome del quemado, desgaste profesional, desgaste psicológico laboral, agotamiento emocional, estrés crónico laboral asistencial; estar quemado y quemazón profesional, aludiendo incluso al nivel de quemazón que presentan los sujetos de la muestra en el estudio<sup>3, 61</sup>

Por tanto no existe una claridad y precisión conceptual. Gil-Monte (2003) en una revisión señala al menos diecinueve denominaciones en la literatura española para referirse al mismo proceso. De todas las denominaciones argumenta se puede diferenciar tres grupos<sup>62</sup>.

Un primer grupo que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón burnout. Aquí se habla de: síndrome de quemarse por

el trabajo<sup>61, 62</sup>, síndrome de estar quemado en el trabajo<sup>63</sup>, síndrome de estar quemado<sup>64</sup>, estar quemado<sup>65</sup> y quemazón profesional<sup>66</sup>.

De todas, Gil-Monte es favorable a la denominación “síndrome de quemarse por el trabajo” por incluir en la denominación el término síndrome, pues este término ayuda a la comprensión del fenómeno, da información sobre su naturaleza, al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas y, de cara al diagnóstico, informa sobre la necesidad de identificar y evaluar los síntomas que componen la patología para poder diagnosticarla adecuadamente si un trabajador la sufre. Por otra parte, al hablar del síndrome de quemarse por el trabajo se desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador, de esta manera se evita estigmatizar al trabajador, al tiempo que se previene el desarrollo de posibles sentimientos de culpa o de vergüenza, que pueden agravar el problema. Este síndrome es causado directa y exclusivamente por un riesgo psicosocial del medio ambiente laboral. Una tercera ventaja de utilizar esta terminología, frente a denominaciones como estar quemado, es que se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial<sup>3</sup>.

En un segundo grupo aquellas denominaciones que se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología, de manera que junto al término burnout emplean la denominación: desgaste ocupacional<sup>67</sup>, desgaste profesional<sup>68, 69</sup>, agotamiento profesional<sup>70</sup>, síndrome de cansancio emocional<sup>71</sup> y desgaste psicológico por el trabajo<sup>72</sup>. Estas denominaciones se encuentran principalmente en revistas científicas y en documentos dirigidos a profesionales de medicina y de enfermería.

El término desgaste profesional se emplea en investigaciones con sanitarios, Moreno y cols.<sup>73</sup> resaltan las razones por las que utilizan esta denominación: porque se adapta al modelo procesual postulado como marco teórico de partida. El término

“desgaste” define adecuadamente el carácter progresivo y dinámico en la vida laboral de los profesionales. El calificativo “profesional” encuadra la consideración del mismo como un riesgo psicosocial del trabajo y focaliza su atención como objeto de análisis desde la salud laboral.

Por último, un tercer grupo que recoge aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de burnout es sinónimo de estrés laboral, y por tanto lo denominan como: estrés crónico laboral asistencial<sup>74</sup>, estrés laboral asistencial<sup>75</sup> o estrés laboral<sup>76</sup>.

Gil-Monte argumenta que considerar el síndrome de quemarse por el trabajo como sinónimo de estrés laboral, no es muy acertado debido a que el estrés laboral es un proceso más amplio que el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo.

Este trabajo se realiza en el contexto de profesionales sanitarios, en consecuencia se asume la traducción del concepto del síndrome de burnout por desgaste profesional<sup>77</sup>.

### 2.2.3.- Otros conceptos.

Cabe diferenciar el burnout de otros conceptos que se suelen solapar con él como los conceptos de estrés, fatiga, insatisfacción laboral, acoso psicológico mobbing, sobrecarga y depresión.

Así, el estrés laboral es un proceso más amplio que el síndrome de quemarse por el trabajo. Como ya expusimos, el síndrome de burnout es una de las diferentes respuestas que pueden aparecer en situaciones de estrés laboral crónico, y por tanto una de las posibles formas de desarrollo del proceso de estrés laboral, pero no la única. Mientras que el estrés hace referencia a procesos relativamente breves, el burnout es considerado la consecuencia de una situación prolongada de desajuste

entre las demandas y los recursos laborales. Además, el burnout implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés no necesariamente<sup>35</sup>.

Es bien sabido que el estrés no sólo tiene efectos negativos sobre el individuo, por el contrario también tiene efectos positivos. De hecho, en la literatura se distingue entre el estrés negativo (distress) y el estrés positivo (eustress). No obstante, tanto estrés como burnout son fruto de la falta de balance entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo considerándose una consecuencia emocionalmente negativa en el estado mental del trabajador<sup>21, 56</sup>.

En cuanto a la diferencia entre burnout y fatiga se ha señalado que la recuperación de la fatiga por parte del trabajador es relativamente rápida, mientras que la recuperación del burnout es mucho más lenta y costosa emocionalmente. Así, la fatiga se define como el resultado de la exposición a unas exigencias de trabajo durante un cierto tiempo. Se traduce en una alteración temporal de la eficiencia funcional mental y física de la persona y está en función de la actividad precedente.

Es un mecanismo regulador del organismo, en cuanto que es indicador de la necesidad de descanso para recuperar la capacidad habitual de respuesta. Puede ser de distinta intensidad, desde ligera hasta el agotamiento y se recupera con el descanso. Finalmente, la fatiga suele ir acompañada de sentimientos de competencia y realización personal, mientras que el burnout conlleva una auto-evaluación negativa y sentimiento de ineficacia laboral.

Gil-Monte y Peiró (1997) afirman que aunque el burnout y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como

cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo, cambios que no ocurren con la insatisfacción laboral.

Gil-Monte (2005)<sup>3</sup> hace la aclaración de que el síndrome de burnout debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico mobbing.

El acoso psicológico es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico, donde existe un acosado y un acosador, mientras que el burnout (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales. Esto es, un profesional puede sentirse desgastado sin sufrir el síndrome de quemarse por el trabajo. Es habitual encontrar documentos y estudios científicos en los que se menciona este síntoma en el contexto de otros problemas laborales de índole psicosocial. Por ejemplo, con frecuencia se habla de desgaste psicológico cuando se habla del acoso psicológico o del acoso moral en el trabajo (mobbing).

Moreno y Peñacoba (1996)<sup>77</sup> resaltan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, sino con la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Argumentan textualmente lo siguiente, que *“el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca sin más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al Burnout”*.

En cuanto a su relación con la depresión podemos afirmar que en el síndrome de Burnout el bajo estado de ánimo es temporal y específico al ámbito laboral<sup>78</sup>.

#### 2.2.4.- Enfoque positivo: Engagement.

El estudio del burnout como constructo multidimensional no se centra sólo en el desgaste profesional, sino también en el compromiso laboral o el engagement considerado como el polo opuesto de burnout (Schaufeli, Bakker, 2004.)<sup>79</sup>.

El estudio del engagement viene dado por el interés en los últimos años de investigar los aspectos positivos de la experiencia laboral. Se enmarca dentro de la Psicología Positiva (Seligman, Csikszentmihaly, 2000)<sup>80</sup>, la cual centra la investigación actual en el estudio de las fortalezas y el funcionamiento óptimo del ser humano y no tanto sobre las debilidades y disfunciones. El engagement va más allá del mero hecho de no estar ‘quemado’ por el trabajo, se refiere a estar vinculado psicológicamente con el trabajo, con los sentimientos de vigor, dedicación y absorción, lo que se relaciona de manera positiva con el bienestar.

Schaufeli y Salanova (2011) definen el engagement laboral como “*un estado positivo, de plenitud mental de cara al trabajo caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción*”; representa por lo tanto un estado cognitivo-afectivo más persistente en el tiempo, que no está centralizado exclusivamente en un objeto o conducta específica<sup>81</sup>.

El vigor se caracteriza por altos niveles de energía y activación mental mientras se realiza el trabajo, de persistencia y un fuerte deseo de esforzarse en el cumplimiento de las tareas. La dedicación se manifiesta por altos niveles de entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío de retos relacionados con funciones que uno realiza.

Finalmente, la absorción se identifica como un estado de concentración, de sentimiento de que el tiempo pasa rápidamente y con dificultades para desligarse del trabajo.

En suma, las personas que experimentan engagement, se muestran enérgicas y eficazmente unidas a sus actividades laborales y se sienten capaces de responder a las demandas de su puesto de trabajo con total eficacia. Afrontan la jornada laboral llenos de energía y dispuestos a aplicar sus conocimientos y desarrollar sus capacidades. En su trabajo se comprometen con sus tareas plenamente, implicándose en cada momento de su quehacer diario. Disfrutan con su ejecución y experimentan emociones placenteras de plenitud y autorrealización. Esta experiencia positiva se relaciona con la satisfacción y contribuye al estado de bienestar.

Las investigaciones han puesto de manifiesto que las principales causas del engagement se encuentran tanto en los recursos laborales (autonomía y apoyo social), como en los recursos personales, siendo la autoeficacia o la creencia en la propia capacidad para realizar bien el trabajo uno de los más importantes. En estudios realizados, las dimensiones de engagement de vigor y dedicación se muestran como los opuestos más directos a las dimensiones del burnout, particularmente con el agotamiento emocional y el cinismo, respectivamente<sup>81</sup>.

#### 2.2.5.- Evolución del Síndrome de Burnout

Uno de los principales problemas que plantea el burnout es la controversia existente en la literatura sobre el proceso secuencial en que aparece su sintomatología.

El proceso de generación del desgaste profesional desde el marco psicosocial, se ha estudiado tradicionalmente a través del orden secuencial de aparición de las tres dimensiones, baja realización personal, agotamiento emocional o despersonalización del Maslach Burnout Inventory<sup>58, 59</sup>, diferenciándose en función del modelo teórico de referencia. Respecto a la relación que se establece entre las dimensiones del MBI,

la diferencia entre ellos radica en cuál es la primera respuesta que surge ante el estrés laboral (agotamiento emocional o despersonalización o baja realización personal), cómo se desarrolla el proceso del síndrome de burnout (relación antecedente consecuente entre las dimensiones del MBI), y cómo se establece la relación entre las dimensiones del MBI y las consecuencias para el individuo y para la organización. Ninguno de los modelos ha obtenido una evidencia empírica completa para las relaciones que hipotetiza.

En la literatura científica aparecen diferentes autores que han manifestado desde su modelo su propia secuencia del proceso de burnout. Los más destacados son:

- Golembiewski y Munzenrider (1983, 1986)<sup>82</sup> señalan que el proceso de desarrollo del desgaste profesional se inicia con actitudes de despersonalización, posteriormente se desarrollarían 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 los sentimientos de baja eficacia y el agotamiento emocional.

- Leiter y Maslach (1988)<sup>83</sup> consideran que se inicia el proceso con el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional seguido de actitudes de despersonalización y por último, quedarían disminuidos los sentimientos de realización personal.

- Lee y Ashforth (1993)<sup>84</sup> y Cox, Kuk y Leiter (1993)<sup>85</sup> desde el marco de los modelos interaccionistas defienden que la baja realización en el trabajo y el agotamiento emocional describen propiamente el desgaste profesional,

mientras que la despersonalización se entiende mejor como una estrategia de afrontamiento.

- Gil-Monte y Peiró 1998)<sup>86</sup> siguiendo la misma línea, elaboraron un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout, en el cual describen tanto los agentes estresantes como las variables mediadoras y moduladoras que motivan una conducta eficaz o ineficaz, en él recogen variables organizacionales, individuales y estrategias de afrontamiento. Según estos autores el síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales, que a pesar de no ser eficaz en el trabajo, evita implicaciones personales que pueden agravar la sensación de agotamiento. Este enfoque integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. Es decir, los resultados dependerán en gran medida de la interpretación que haga la persona de la situación estresante y de los recursos que dispone para afrontarla.

- Leiter y Maslach (2005)<sup>83</sup> recientemente, desarrollaron el modelo de mediación del síndrome 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 síndrome de burnout (agotamiento, despersonalización y 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 la respuesta particular de los empleados en términos de síndrome de burnout vs compromiso organizacional.

Los estudios revisados permiten exponer las siguientes conclusiones: en primer lugar, el factor agotamiento emocional es el componente más estudiado y aceptado en la descripción del desgaste profesional, tanto es así que algunos autores plantean que podría aislarse como factor único (Shirom 1989)<sup>87</sup>, aunque otros argumentan que es un factor necesario, pero no suficiente para describir el fenómeno en todas sus dimensiones (Maslach et al., 2001)<sup>1</sup>. 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. En un principio, Maslach (1982)<sup>88</sup> planteó que el agotamiento emocional aparecía primero, 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)<sup>89</sup>. Probablemente, en este contexto, las actitudes de despersonalización tienen un componente emocional y actúan como estrategia defensiva frente a la frustración y la culpabilidad generada por unas expectativas iniciales no alcanzadas (Lee y Ashforth, 1996)<sup>84</sup>.

En tercer lugar, la relación de la baja realización personal con los otros factores es más compleja. Estudios recientes defienden que el desgaste profesional se

desarrollaría a partir de la baja eficacia profesional, considerándolo como una crisis de autoeficacia, que sería el punto de partida del desgaste profesional<sup>2</sup>.

Otros estudios han planteado que la ineficacia se desarrollaría en paralelo con los otros dos factores, más que secuencialmente (Taris, 2005)<sup>90</sup>.

Incluso, se ha puesto en cuestión la naturaleza misma de la eficacia profesional como la tercera dimensión del desgaste profesional, ya que cuando se evalúa el desgaste profesional 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)<sup>91, 92</sup>.

En esta línea, Schaufeli et al. (2004) encuentran que 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 desgaste profesional<sup>79</sup>.

#### 2.2.6.- Modelos explicativos

La necesidad de explicar el proceso del síndrome burnout (relación de variables consideradas como antecedentes y consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos.

Destacaremos los modelos más relevantes siguiendo la clasificación de Gil-Monte y Peiró. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Bandura para explicar la etiología del síndrome de burnout. Básicamente consideran que: a) las

cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. Peiró y Gil-Monte (1997)<sup>61</sup> clasifican en tres grupos los modelos existentes: modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo, en la teoría del intercambio social y en la teoría organizacional:

1) Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Entre las aproximaciones psicosociales al burnout, cobran especial importancia los aspectos relacionados con la evaluación de la propia eficacia en relación con los demás y los problemas relativos a las relaciones interpersonales. Especialmente en aquellas profesiones en las que existe un trato directo con el receptor de trabajo, clientes, pacientes etc. Debido a que los conflictos con los pacientes, así como con los compañeros de trabajo u otras personas implicadas en la actividad laboral pueden guardar alguna relación con el burnout. Por este motivo a partir de los años ochenta algunos estudios se han centrado en la evaluación de la autoeficacia percibida en relación con los demás y en los problemas en las relaciones interpersonales como elemento clave para el desarrollo del burnout. Estos modelos etiológicos dan gran importancia a la autoeficacia, percibida, y se desarrollan a partir de la teoría sociocognitiva del yo.

Entre ellos caben destacar los modelos de Harrison (1983)<sup>93</sup>, Pines (1993)<sup>94</sup>, Pines y Aronson (1988)<sup>95</sup>, Cherniss (1993)<sup>96</sup> y el de Thompson, Page y Cooper (1993)<sup>97</sup>.

### - Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Se basa en la competencia y autoeficacia percibida para explicar el Burnout. Según este modelo, la consecución de los objetivos profesionales estará determinado por elementos facilitadores o de dificultad, que influyen en la percepción de competencia o facilitando el burnout. Expone que los profesionales que empiezan a trabajar en servicios asistenciales con un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero en el lugar de trabajo encuentran factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. Si existen factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas laborales, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el desgaste profesional. Entre los factores de ayuda y de barrera mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.<sup>93</sup>.

### - Modelo de Pines (1993)

Pines, retoma este modelo, y señala que el proceso de burnout se da cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial de toda su vida en el trabajo, justificándola por la labor de ayuda que realizan desarrollando expectativas y fijándose elevados objetivos de atención a los usuarios; el burnout resulta de la frustración por no poder alcanzar aquello que había esperado del trabajo. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede

experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome<sup>94, 95</sup>.

#### Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Este autor considera que la interacción entre las características del contexto de trabajo y las características del individuo, sus expectativas y demandas pueden producir estrés en aquellas personas que adoptan mecanismos de afrontamiento poco funcionales. Señala que el estrés de rol (conflicto de rol, ambigüedad de rol y sobrecarga) son un importante predictor. De igual manera la autoeficacia tiene un papel esencial así como la autoestima. Para Cherniss se puede establecer una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el burnout, debido a las creencias sobre su capacidad para afrontar con éxito las situaciones difíciles<sup>96</sup>.

#### Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

En esta misma línea estos autores destacan la capacidad del individuo para autorregular su nivel de estrés durante la realización del trabajo, es la variable que tiene un papel esencial en la etiología del síndrome. El mayor o menor éxito en este control influirá en el estado de ánimo y en su autoconfianza profesional influyendo en la realización personal y en los deseos de abandono. En este modelo la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso y señalan cuatro factores implicados en la aparición del burnout: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto; el nivel de autoconciencia; las expectativas de éxito personal y los sentimientos de autoconfianza<sup>97</sup>.

## 2) Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos analizan aspectos interpersonales del síndrome, plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social, proceso en el que se tiene en cuenta el esfuerzo y los resultados o recompensas recibidos y se compara los resultados y los esfuerzos realizados por otros. El sentido de reciprocidad y la inequidad percibida son variables relacionadas con el intercambio social. Cuando perciben de manera continuada, que aportan más que lo que reciben a cambio de su implicación personal y su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente la situación desarrollan sentimientos de desgaste profesional. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecerlo.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)<sup>98</sup> y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)<sup>99</sup>.

- Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantean la etiología del burnout en los procesos de intercambio social con los pacientes, y ponen el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli, existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: es la ausencia o falta de claridad sobre los propios pensamientos y sentimientos sobre cómo actuar. 2) la percepción de equidad: hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) la falta de control: se explica como la

posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

Las expectativas previas de equidad o ganancia serán esenciales para desarrollar sentimientos de desgaste profesional cuando de manera continuada se percibe que se aporta más de lo que se recibe, tras los procesos de comparación social en las relaciones interpersonales con los receptores de su trabajo, con los supervisores y la organización. Por el contrario el sentido de reciprocidad en las relaciones interpersonales se relacionará con procesos de salud y bienestar<sup>98</sup>.

- Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

Se basa en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el burnout. La idea básica es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces el burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos pero no recibe lo que espera. Según esta teoría, para reducir los niveles de burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos; también se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y en consecuencia, del burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenirlo son las de tipo activo<sup>99</sup>.

3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

En el marco de la teoría organizacional focalizan su atención en las variables organizacionales y las condiciones de trabajo implicadas en el burnout, incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud

organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del desgaste profesional. Podemos señalar el de Golembiewski y Munzenrider (1988)<sup>100</sup>,<sup>82</sup>, el de Cox, Kuk y Leiter (1993)<sup>85</sup> y el de Winnubst (1993)<sup>101</sup>.

- Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider (1986)

Destacan las disfunciones de rol (pobreza, conflicto, ambigüedad del rol y sobrecarga) y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol en el proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral<sup>82</sup>.

- Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Estos autores resaltan la importancia de la salud de la organización, es decir el ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.)<sup>85</sup> en el proceso de burnout.

- Modelo de Winnubst (1993)

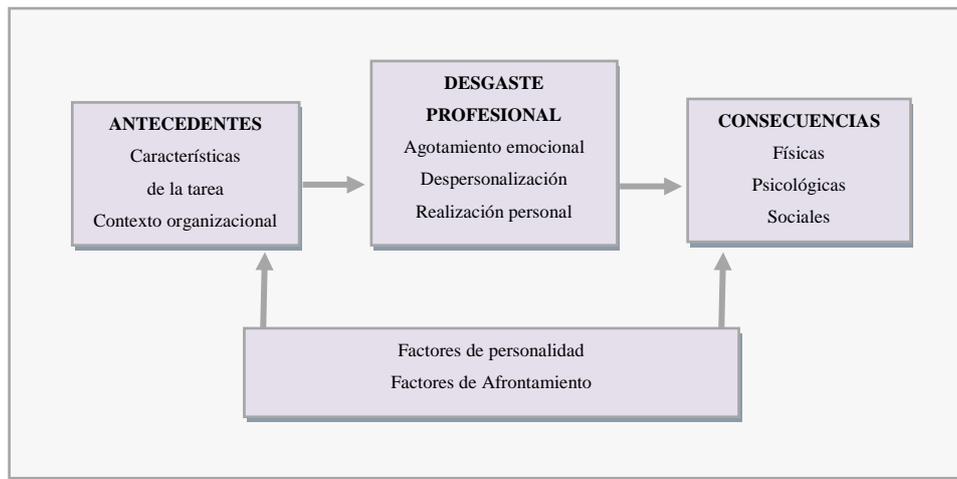
Enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional en la etiología del burnout<sup>101</sup>.

Todos estos modelos que se han desarrollado a partir de las distintas perspectivas teóricas no son excluyentes, afrontan elementos importantes en la definición y de sus distintas aportaciones se puede concluir la extrema complejidad de este constructo y en realizar una definición completa y operativa para afrontarlo.

- Nuevas aportaciones teóricas.

Las nuevas aportaciones teóricas y metodológicas intentan una integración de algunos de sus componentes que suponen una reconceptualización del síndrome.

Así Moreno-Jimenez, Garrosa, Gonzalez (2000,2005), a la perspectiva procesual han añadido un análisis transaccional e interactivo del burnout a partir de estrategias de afrontamiento y variables de personalidad positiva como personalidad resistente<sup>68, 102</sup>, modelo teórico que se puede observar en la figura 1.



**Figura1: Modelo teórico de Moreno-Jimenez et al. 2005. Fuente: Gálvez et al., 2009.**

Finalmente, Gil-Monte (2005) propone un modelo integrador que incluye el burnout en un proceso más amplio de estrés laboral desde la perspectiva procesual. En él considera no sólo el síndrome de burnout sino también los antecedentes, estresores organizacionales: entorno social, sistema físico-tecnológico y sistema social-interpersonal, incluye como mediadores en el proceso la evaluación cognitiva que realiza el sujeto y las estrategias de afrontamiento que este desarrolla frente a las fuentes de estrés. A la vez el proceso incide también en el análisis de las consecuencias, tanto para la salud física y emocional del profesional como en la familia y en las consecuencias sociolaborales de desempeño de la tarea<sup>3, 68, 86</sup>. El modelo también contiene variables individuales (sociodemográficas, autoeficacia,

personalidad resistente, locus de control...) que median, modulan, en la aparición del burnout, como se muestra en la figura 2.



**Figura 2: Modelo integrado adaptado de Gil-Monte, 2005. Fuente: Gálvez et al., 2009.**

En suma, en la investigación sobre el burnout, aún queda por explicar desde un marco integrador en qué contexto se desarrolla, como se produce y cómo afecta a las personas y a las organizaciones<sup>102</sup>.

Las nuevas tendencias explicativas se dirigen a la adaptación de modelos explicativos del estrés: el equilibrio entre demandas/recursos y esfuerzos/recompensas como explicación del burnout<sup>42, 43</sup>; el papel de las expectativas profesionales en el proceso; estudios de factores positivos en el proceso y considerar el burnout un problema de salud pública<sup>103, 53, 54</sup>.

### 2.2.7.- Consecuencias del Burnout

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud. El estrés crónico puede incidir de manera directa con efectos fisiológicos y psicológicos que alteran la salud o también de forma indirecta al inhibir comportamientos saludables como hacer ejercicio y

mantener las redes de apoyo social. Teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo, por las situaciones estresantes a las que se asocian, se han enumerado una serie de alteraciones que son consecuencia de este síndrome y que afectan al individuo y a la organización<sup>103-106</sup>.

Los principales síntomas que se han propuesto son:

- Síntomas emocionales como depresión, indefensión, sentimiento de fracaso, y pérdida de autoestima, irritabilidad, apatía, hostilidad, agresividad, supresión de sentimientos, falta de tolerancia y acusaciones a los clientes/pacientes.

- Síntomas cognitivos como desvalorización, desconsideración, hipercríticismo, cinismo, pérdida de valores, desaparición de expectativas, dificultad para concentrarse, o para tomar decisiones.

- Síntomas conductuales como evitación de responsabilidades, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, conductas de riesgo, aumento del uso de estimulantes y abuso de otras sustancias, alteraciones de la conducta, incapacidad de planificación, de proyectar metas. Se ha encontrado una asociación positiva entre burnout y dependencia al alcohol en distintos países.

- Síntomas sociales como aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, formación de grupos críticos, evitación profesional.

- Síntomas físicos como fatiga crónica, cefaleas, dolores musculares, pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño, aumento de colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico y trastornos psicofisiológicos como alérgicos, gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos y de alteración autoinmune<sup>107-111</sup>.

- Consecuencias para la organización como disminución de la productividad, rotación empresarial, falta de competencia, deterioro de la calidad de servicio, insatisfacción del paciente, absentismo, intenciones de abandonar la organización y baja satisfacción laboral<sup>112-115</sup>.

Resaltar que una parte de las bajas laborales que se producen en el desempeño de la profesión, se encuadran en el síndrome del burnout. Si bien no existen estadísticas fiables sobre esta patología, se calcula que en sectores como la enseñanza, un 30% de las bajas se deben a este síndrome, al igual que un elevado porcentaje de las que se dan entre los profesionales de la sanidad<sup>68, 103</sup>.

A todo lo anterior pueden añadirse ciertos factores de frustración económica. Se ha señalado que el bajo salario entre los profesionales de enfermería es una de las fuentes más importantes de frustración, disminución de la satisfacción laboral y descenso de la productividad. Al mismo tiempo, sus aspiraciones de promoción profesional en función de dedicación, esfuerzo y estudio, difícilmente son satisfechas, lo que origina desidia, desilusión y abandono<sup>114, 115</sup>.

#### 2.2.7.1.- Satisfacción laboral.

Parece haber acuerdo general en que la satisfacción laboral es una reacción emocional hacia el trabajo, que es el resultado de la comparación, por parte del individuo, de resultados reales con aquellos que son deseados (esperados, merecidos). Es decir, la satisfacción laboral responde a un estado emocional positivo resultante de la percepción de las experiencias laborales y es, por tanto, un factor importante que condiciona la actitud del individuo respecto a su trabajo. Existen factores organizacionales y funcionales que pueden ser los que generen insatisfacción en el personal de enfermería<sup>116, 113</sup>.

Los factores más mencionados son: la satisfacción con la supervisión, la institución, los compañeros de trabajo, las condiciones de trabajo, promoción profesional, el salario, los subordinados, la estabilidad en el trabajo, el tipo de trabajo, la cantidad de trabajo y el desarrollo personal.

Es de destacar que la mayoría de estudios coinciden en que la menor satisfacción en profesionales sanitarios está en relación con la promoción profesional y las características extrínsecas del estatus, con la mayor satisfacción por el trabajo y la relación interpersonal con los compañeros<sup>10</sup>.

En general los estudios, han identificado la satisfacción laboral como un factor causal en la calidad de la atención, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo<sup>113-116</sup>. Estudios acreditados por la American Academy of Nursing (AAN)<sup>114</sup> sobre características de los hospitales en los que existe una mayor satisfacción laboral de las enfermeras y al tiempo presentan unos mejores resultados finales en los pacientes, evidencian que son los hospitales caracterizados por fomentar y permitir la autonomía profesional, el control sobre la práctica, tener una mejor relación con otros profesionales, y retener a enfermeras cualificadas que sean capaces de ejercer su juicio profesional en nombre de los pacientes. En las investigaciones se los conoce por “*hospitales magnéticos*” (McClure et al., 1982; Kramer et al.1989), Aiken asumió esta denominación<sup>114</sup>.

En otro estudio realizado por Aiken et al. (2012)<sup>117</sup> con 33. 659 enfermeras de 12 países de Europa y 27.509 enfermeras de Estados Unidos, con el objetivo de determinar si los hospitales con una buena organización en la atención (mejor dotación de enfermeros y mejor entorno de trabajo) pueden afectar a la calidad de la atención y a la estabilidad laboral. A pesar de las diferencias en cómo se organiza la

atención sanitaria y su financiación, los datos transversales sugieren que tanto los países europeos como Estados Unidos, se enfrentan a problemas de calidad y seguridad de los hospitales, y las enfermeras presentan agotamiento e insatisfacción laboral. A pesar de que la escasez de enfermeras se ha moderado, en parte por la crisis económica mundial, la intención de las enfermeras de dejar sus puesto de trabajo actual en los hospitales, podrían indicar dificultades en el futuro, sobre todo en los países de Europa con tasas más altas en burnout, insatisfacción e intención de dejar el puesto de trabajo.

De los resultados del estudio reflejamos, en la tabla 1, el porcentaje de burnout que expresan (evaluado con la escala de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory) de insatisfacción y la intención de dejar el trabajo en el próximo año.

**Tabla 1: Burnout, insatisfacción e intención de abandono en 12 países de Europa y USA<sup>117</sup>.**

<b>País</b>	<b>Burnout %</b>	<b>Insatisfacción con el trabajo %</b>	<b>Intención de abandono en el próximo año %</b>
<b>Bélgica</b>	25	22	30
<b>Inglaterra</b>	42	39	44
<b>Finlandia</b>	22	27	49
<b>Alemania</b>	30	37	39
<b>Grecia</b>	78	56	49
<b>Irlanda</b>	41	42	44
<b>Países Bajos</b>	10	11	19
<b>Noruega</b>	24	21	25
<b>Polonia</b>	40	26	44
<b>España</b>	29	38	27
<b>Suecia</b>	29	22	34
<b>Suiza</b>	15	21	28
<b>USA</b>	34	25	14

En Europa el país que refiere un porcentaje mayor de burnout es Grecia (78%), le sigue Inglaterra con 42%, Irlanda 41%, Polonia 40%, Alemania con 30%, y

España junto con Suecia el 29% y el porcentaje más bajo es el de los Países Bajos 10%.

En cuanto a la insatisfacción laboral sigue siendo Grecia con el 56%, seguido de Irlanda con un 42%, Inglaterra el 39%, a continuación España con un 38%, y una vez más el porcentaje de insatisfacción más bajo corresponde a los Países Bajos con un 11%.

En intención de dejar el trabajo, los porcentajes más altos se observan en Finlandia y Grecia el 49%, seguidos por Irlanda, Inglaterra y Polonia el 44%, Alemania con el 39%, Suecia con el 34%, Bélgica con el 30%, Suiza con el 28% y España con el 27%, quedando sólo por debajo en intención de dejar el puesto de trabajo Noruega el 25% y Países Bajos el 11%.

Como se observa en la tabla 1 España ocupa el 6º lugar en Burnout, el cuarto en insatisfacción, bajando hasta el puesto décimo en intención de abandonar el puesto de trabajo lo que se explicaría por la alta tasa de paro y precariedad laboral que existe en la actualidad a nivel de enfermería y en general en el país<sup>48</sup>.

Las puntuaciones de calidad y satisfacción laboral de las enfermeras en Grecia eran las peores, su sistema de salud ha tenido graves dificultades económicas y ha habido protestas por las medidas de austeridad del gobierno. España, que obtuvo el tercer peor puesto en calidad y el cuarto peor en satisfacción laboral también ha tenido protestas por las medidas de austeridad. Por el contrario, las enfermeras de Irlanda y Finlandia manifestaron altos niveles de calidad, aunque ambos países han tenido importantes crisis económicas<sup>117</sup> El porcentaje de burnout y de enfermeras insatisfechas en Estados Unidos estaba cerca de la media europea, pero el porcentaje

de enfermeras que tienen intención de abandonar sus puestos de trabajo en el próximo año fue menor que en todos los países europeos.

#### 2.2.8.- Evaluación del Burnout

Inicialmente, las primeras medidas del síndrome de burnout procedían de la observación clínica no sistemática de Freudenberg (1974)<sup>51</sup>, junto con otras técnicas de evaluación como la entrevista estructurada de Formey, Wallace-Schutzman y Wiggers (1982)<sup>118</sup>, hasta la utilización de métodos proyectivos (Haack y Jones)<sup>119</sup> surgidos en este primer periodo, lo que llevo a definiciones con multitud de síntomas que originaban gran confusión conceptual, las cuales no han tenido desarrollo posterior por haber presentado numerosos problemas metodológicos.

Fueron Maslach y Jackson (1981) quienes, desde un enfoque psicosocial, comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas, desarrollando el primer instrumento de evaluación: el MBI (Maslach Burnout Inventory). El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática para entender el fenómeno de quemarse por el trabajo<sup>120, 121</sup>.

Ortega y López (2004)<sup>64</sup> y Gil-Monte y Peiró (1997)<sup>61</sup> en una revisión de los instrumentos de evaluación más relevantes destacan, además del MBI, el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980)<sup>122</sup> y el Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson (1988)<sup>95</sup>.

El SBS-HP (Burnout Scale for Health Professionals) de Jones<sup>122</sup>, evalúa el burnout tal y como lo describen Maslach y Jackson; se puede dividir la escala en cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes.

Este instrumento ha sido diseñado para los profesionales de la salud, aunque se puede aplicar a otras profesiones.

El BM (Burnout Measure) de Pines y Aronson<sup>95</sup>, se diseñó alrededor de una medida simple de burnout: el agotamiento. Los ítems están escritos en términos generales y por tanto se pueden aplicar a cualquier grupo ocupacional.

Otros autores han propuesto nuevos instrumentos de medida que tratan de adaptarse más específicamente al contexto ocupacional/profesional medido en cuestión. Así el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM), de Moreno, Gálvez, Garosa y Mingote, (2006) para la evaluación del desgaste profesional médico<sup>124, 125</sup>, el Cuestionario de Desgaste Profesional para enfermería (CDPE), de Moreno, Garrosa y Gonzalez, (2000)<sup>126, 73</sup>. Este cuestionario además de proporcionar una medida específica del desgaste profesional, de antecedentes específicos y de consecuentes del mismo, incorpora variables de la persona como elementos relevantes en el proceso de desgaste profesional: la personalidad resistente (Hardiness) y las estrategias de afrontamiento<sup>73</sup>.

#### 2.2.8.1.- Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI de Maslach y Jackson 1986<sup>58</sup> determinó con su aparición la definición y estructura del burnout. El cuestionario consta de tres factores o dimensiones: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal:

- Agotamiento emocional

Implica un aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales. Cuando los recursos

emocionales se agotan, se desarrollan actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los pacientes.

- Despersonalización

Tendencia a despersonalizar a los pacientes. Se utiliza para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar a la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones de crisis.

- Falta de realización personal

Tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso (Maslach y Jackson, 1986)<sup>58</sup>.

Posteriormente desarrolló el Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996)<sup>59</sup>, que evalúa el burnout en profesiones no asistenciales al evidenciarse que el burnout no consistía en un proceso exclusivamente asistencial. En esta segunda edición del MBI, se redefine el burnout como una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las reacciones con las personas en el trabajo. Este instrumento, al igual que el anterior, consta de tres subescalas que son denominadas como agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional:

- Agotamiento emocional.

Se define de forma genérica, sin énfasis en los aspectos emocionales, tan presentes en el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).

- Cinismo.

Refleja la actitud de indiferencia, devaluación y distanciamiento ante el propio trabajo. Representa igualmente una actitud defensiva ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo.

- Eficacia profesional.

Se define como una subescala semejante a la anterior de realización personal.

La estructura global del MBI-GS es semejante a la original, de forma que las dos primeras dimensiones correlacionan positivamente entre sí y negativamente con la eficacia profesional. Es decir el burnout se describe como una puntuación alta en agotamiento emocional y en cinismo, y una puntuación baja en eficacia profesional. En esta edición, tampoco existe una puntuación global de burnout sino la interpretación del perfil de las tres dimensiones. Otro cambio introducido, que mejora la interpretación intuitiva de los resultados, es la presentación de medias promediadas en las tres dimensiones, con lo que pueden compararse directamente los resultados en cada una de las dimensiones. El MBI-GS representa una mejora real sobre las versiones anteriores. Su estructura factorial parece más clara, el número de ítems por dimensión está más equilibrado y la formulación teórica de las dos nuevas dimensiones es correcta aunque necesita desarrollos teóricos complementarios.

Igualmente, tanto los ítems de la dimensión de cinismo como de eficacia profesional tienen una formulación menos centrada en los aspectos emocionales, de forma que se recogen aspectos cognitivos de ambas dimensiones, área prácticamente inexistente en las versiones anteriores. Esto es altamente relevante, pues los síntomas cognitivos tienen una gran importancia en el síndrome del desgaste profesional. El síndrome se caracteriza por ser una frustración cognitiva, una especie de depresión cognitiva al comprobar que los valores iniciales de referencia aparecen como

incapaces de solucionar la situación problemática planteada. En la adaptación española del instrumento, han encontrado que la estructura del MBI-GS se corresponde con la propuesta por Maslach et al., (1996)<sup>59</sup>.

Según la última edición del manual, en la actualidad existen tres versiones del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBIHSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI. Está constituido por tres escalas que miden la frecuencia con la que los profesionales perciben el agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. b) El MBI-Educators Survey (MBI-ES), es la versión para profesionales de la educación (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial, y mantiene el nombre de las escalas. c) el MBI-General Survey (MBIGS). Elaborado por Leiter, Maslach y Jackson (1996), la nueva versión, no es exclusiva para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y mantiene las tres dimensiones de agotamiento (5 ítems), cinismo (5 ítems) y eficacia profesional (6 ítems).

Aunque los estudios han demostrado que el MBI es el instrumento con más aceptación internacional en el campo de la evaluación del síndrome de burnout (es aceptado extensamente en la gran mayoría de los países de Europa, América Latina y EEUU); tiene el apoyo empírico de la estructura factorial, ya que diferentes estudios factoriales de carácter exploratorio han reproducido una estructura de tres factores similar a la del manual, para las diferentes versiones del MBI; y muestra evidencia de validez concurrente al obtener correlaciones significativas entre diversas escalas conductuales y el MBI. Su adaptación al español es válida y fiable.

Sin embargo posee algunas debilidades. Ortega y López (2004)<sup>64</sup> argumentan los siguientes problemas del MBI: centra los enunciados en las propias emociones y sentimientos, y en cómo se sienten, pero no hace referencia a las conductas que dejan de hacerse o se hacen cuando surgen dichas emociones y sentimientos (ítem 1, 2, 3, 6, 8, 16 y 20), algunos términos no son claros conceptualmente, pues pueden variar su significado a nivel individual (ítem 3, 13 y 19), la escala de baja realización personal posee un menor número de ítem respecto a las otras dos escalas, no desglosan algunos enunciados en conductas más directas (ítem 10 y 11), no indica en qué lugar quedarían los valores personales en el ámbito laboral, lo denominan “cosas valiosas” (19) y, finalmente, señalan que se trata de un formato cerrado que no se ajusta a las diversas condiciones que se pueden crear en el ambiente de trabajo que posiblemente mantenga una situación de sufrimiento en una persona<sup>64</sup>.

Olivares y Gil-Monte (2009) también reflejan estas y otras debilidades del MBI manifestadas especialmente fuera de la cultura anglosajona<sup>121</sup>.

Estas insuficiencias resaltadas, han fomentado en los últimos años el desarrollo de instrumentos de evaluación alternativos que han servido para enriquecer, desde otras perspectivas, la investigación sobre el constructo, como el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) de Demerouti, Bakker, Janssen y Schaufeli, 2001)<sup>123</sup>.

Así el OLBI está basado en la argumentación de que existen limitaciones psicométricas en el MBI debido a que los ítems en las mismas escalas van en la misma dirección (en positivo o en negativo). El OLBI fue creado para mitigar estos posibles sesgos. A pesar de está basado en una conceptualización similar al MBI tiene solo dos escalas: agotamiento y desvinculación<sup>123</sup>.

En nuestro contexto sociocultural una alternativa al MBI, por las debilidades que resalta Gil-Monte es el “Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) de Gil-Monte (2005)<sup>127</sup> Una de las novedades es que incorpora una subescala para medir la frecuencia de los sentimientos de culpa que pueden experimentar los profesionales a partir de la aparición de pérdida de ilusión por el trabajo, el agotamiento emocional y físico, y las actitudes y conductas de indiferencia y cinismo hacia las personas objeto de su atención y hacia el propio trabajo<sup>127</sup>.

Finalmente, a pesar de estas limitaciones, el MBI sigue siendo el instrumento por excelencia para la medición y evaluación del Burnout y además, el estudio con el MBI se amplía para la detección y medida de burnout en estudiantes diseñándose para su evaluación: el MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-Student Survey) por Schaufeli et al., (2002)<sup>128</sup>, estos autores han puesto de manifiesto que los estudiantes también pueden llegar a 'quemarse', al considerar que el trabajo que realizan es similar al que realiza un trabajador ya que tienen también demandas (horarios que cumplir, exámenes que realizar, estrés del rol del estudiante, demandas mentales y emocionales en el trato con profesores y compañeros de estudio) y falta de recursos (falta de autonomía, falta de feedback, falta de apoyo social)<sup>128</sup>.

#### 2.2.9. - Epidemiología en profesionales sanitarios.

El estudio de la prevalencia e incidencia del síndrome de burnout en el personal sanitario, varía de unos estudios a otros, centrándonos en el personal de enfermería, existe multitud de estudios en los últimos años; estudios que se han desarrollado en prácticamente todas las comunidades autónomas, sin embargo, pese a la gran cantidad de información procesada, no es posible mostrar datos concluyentes de la prevalencia del síndrome en el personal de enfermería<sup>129, 140</sup>. El síndrome de

burnout es un reto para las instituciones sanitarias del sistema público español, debido a que se estima en algunos estudios epidemiológicos recientes, una prevalencia entre el 13% y el 39% o incluso superiores<sup>130, 139</sup>.

Manzano G. (2008)<sup>130</sup> hace una revisión de las investigaciones sobre el burnout en enfermería en España, encontró que en estudios similares la prevalencia se encuentra dentro del rango 17 -25 %.

Albadalejo (2004), en el estudio realizado en el Área de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Madrid<sup>136</sup>, en una muestra constituida por 632 enfermeras y auxiliares/técnicos, la frecuencia de personal sanitario afectado con nivel bajo fue el 20,6%, el 48,9% con nivel medio y un 30,5% con un nivel alto. Encontraron que el personal de enfermería está más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares/técnicos. Comprobaron que el agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias; la despersonalización es superior en urgencias y el burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias. Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían las peores puntuaciones en el burnout y sus tres dimensiones. A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas. Muestran el perfil del sujeto afecto de burnout como: profesional de enfermería con una antigüedad en el servicio de 15 años de media, y por lo tanto experimentado, y que manifiesta un escaso grado de reconocimiento de su labor, así como alto grado de insatisfacción con la gestión del centro de trabajo.

Amutio Kareaga (2008)<sup>139</sup> en el estudio sobre 1.275 profesionales sanitarios (619 Médicos, 430 ATS/DUE, y 208 Auxiliares) en el País Vasco, encontró que el 28,8% de la muestra presentaba niveles altos de cansancio emocional. El perfil de los profesionales sanitarios con mayores niveles de burnout fue: varones; mayores de 45

años; con mayor cantidad de años en el trabajo; situación laboral de interinidad, que tienen que atender a mayor cupo (entre 1500-2000 pacientes), y mayor número de pacientes atendidos al día (más de 40); dedican a cada paciente más de 10 minutos y ejercen su actividad principal en centros públicos. Así como presentan menor nivel de burnout los profesionales que ejercen actividades de docencia y/o investigación. Las variables que predicen el síndrome de burnout de forma significativa fueron: monotonía; falta de reconocimiento; sobrecarga y falta de desarrollo profesional. La sobrecarga asistencial o exceso de demanda predice, sobre todo, el cansancio emocional<sup>139</sup>.

Grau, y cols. (2009)<sup>140</sup>, en una muestra de 6.150 profesionales sanitarios latinoamericanos y de España, encontraron que la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). La prevalencia del burnout fue mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecían fueron los médicos. Las variables protectoras de Burnout fueron: la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica<sup>140</sup>.

Atance (1997)<sup>129</sup>, en la investigación realizada con 294 profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada en el Área de Salud de Guadalajara,

encontró un perfil epidemiológico de riesgo similar al encontrado en los estudios anteriores<sup>136, 138</sup>: mujer de más de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el centro, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales. Sin embargo, cuando realizó una comparación de nivel de burnout entre médicos y personal de enfermería, informó de valores más altos de burnout en todos sus elementos para enfermería, siendo este resultado distinto a la mayoría de estudios revisados<sup>139, 140</sup>.

En un estudio comparativo efectuado por Maslach y Jackson (1981) con médicos y enfermeras encontró que el “burnout” en médicos se caracterizaba por cansancio emocional y la despersonalización, mientras que para las enfermeras era el cansancio emocional y la falta de realización personal<sup>77</sup>.

En cuanto a burnout en el médico residente la investigación es más escasa, Thomas (2004)<sup>141</sup> realizó una búsqueda en la base de datos Medline y Pubmed entre 1983 y 2004 en inglés, identificando un total de 15 artículos. Los estudios revisados sugieren que los niveles de burnout son altos entre los residentes como aparece en el estudio de Shanafelt et al. en 2001 con 115 residentes de medicina en un programa de residencia en EE.UU, donde el 76% de los residentes, independientemente de su año de postgrado, tenía un elevado cansancio emocional y despersonalización, evaluado con el MBI. En otro estudio Nyssen et al. (2003) con 119 residentes de anestesiología en formación en la Red Universitaria Bélgica encontraron que el 47% de los anestesistas menores de 30 años puntúan alto en la escala de agotamiento emocional del MBI.

Por último en el estudio de Aiken et al. del 2012<sup>117</sup>, ya expuesto en relación con la satisfacción profesional en enfermería, con una muestra de 33.659 enfermeras

en 12 países de Europa y 27.509 en Estados Unidos, el burnout es evaluado con la escala de agotamiento emocional del MBI, los resultados obtenidos fueron: en Bélgica 25%, Inglaterra 42%, Finlandia 22%, Alemania 30%, Grecia 78%, Irlanda 41%; Países Bajos 10%, Noruega 24%, Polonia 40%, España 29%, Suecia 29%, y Suiza el 15% de las enfermeras evaluadas presentan agotamiento emocional<sup>117</sup>.

En general, los estudios con profesionales de enfermería concluyen que la principal manifestación del síndrome de burnout se da sobre el agotamiento emocional, aunque otros encuentran que la principal manifestación del síndrome de burnout son 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<sup>54, 140</sup>. En muestras de profesionales sanitarios españoles, se observa el mismo patrón<sup>129-139</sup>.

A la vista de la disparidad de porcentajes que aparece en los diferentes países (incluido el nuestro) resulta atrevido dar una cifra o porcentaje de “cuántas enfermeras/os presentan desgaste profesional.

Manzano<sup>130</sup> aporta las siguientes razones que pueden justificar dicha disparidad: a) la mala utilización y aplicación de los cuestionarios (los puntos de corte aplicados pueden provenir de diferentes fuentes y la interpretación de los resultados puede ser muy variable; desde considerar caso de burnout con una sola dimensión alterada hasta requerir la alteración de las tres dimensiones); b) las cifras pueden estar desvirtuando la realidad, debido a un mal diagnóstico diferencial; c) las diferencias culturales entre los sujetos de la muestra, lo que dificulta la comparación; y d) la mala interpretación de los resultados en su contexto real (diferencias en los diversos servicios), etc. Todos estos aspectos contribuyen a la aparición de sesgos que dificultan enormemente la comprensión de la realidad del síndrome de burnout.

Para Melamed et al.<sup>142</sup> lo que sí es evidente es que el burnout se ha hecho particularmente intenso en los Servicios Sanitarios convirtiéndose en una amenaza para los equipos de salud. Ante estos datos concluyen que puede ser considerado un problema relevante para la salud pública y un tema de preocupación para los políticos responsables de la salud. Gil-Monte<sup>103</sup> comparte esta conclusión de que merece ser considerado como problema de salud pública en España.

En conclusión, a pesar de los numerosos estudios realizados en personal de Enfermería, parece necesario seguir realizando investigaciones que permitan aclarar los factores que intervienen tanto en la experiencia como en las manifestaciones del burnout así como investigar acerca de las estrategias válidas de prevención, que tratarían de disminuir la incidencia y prevalencia del síndrome en las organizaciones de salud. En definitiva, el personal de enfermería cumple una función central en los hospitales y centros de salud, por ser los profesionales que tienen un trato más frecuente y duradero con los pacientes, si las políticas sanitarias no mejoran la situación de este colectivo, cada vez habrá menos enfermeras<sup>143</sup>.

Esta situación, que en Europa está planteando problemas bastante serios, debería hacer reflexionar a las autoridades sanitarias sobre la situación que se mostrará a largo plazo, cuando exista carencia de personas dispuestas a ser enfermeras<sup>117</sup>.

En esta línea, a través del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), se pidió a los gobiernos “*un coeficiente adecuado de pacientes por enfermera en todos los contextos de atención de salud*”<sup>48</sup> ya que existen evidencias, en diversos estudios, de la importancia de una dotación adecuada de enfermeras<sup>143-145</sup>: La provisión de personal apropiado permite que estas maximicen su vigilancia profesional con los pacientes que tienen asignados. La falta de vigilancia, puede conducir al evento

adverso, entendido como el deterioro en la condición de un paciente que hubiera podido ser evitado mediante la precoz intervención de una enfermera que actuara de forma apropiada. El mejoramiento del personal de enfermería (en cuanto a número y combinación de capacidades) guarda relación con una disminución de las tasa de mortalidad de los pacientes hospitalizados y con unas estancias más breves de los pacientes (lo que salva vidas y ahorra dinero); además, con una dotación de personal adecuado se producen menos incidencias de errores de medicación, infecciones del tracto urinario después de la intervención, sangrado gastrointestinales, caídas y neumonías.

Finalizamos exponiendo que unos coeficientes elevados de pacientes por enfermera, no sólo inciden de manera negativa en los resultados obtenidos en los pacientes, sino que afectan a las enfermeras que corren un riesgo mayor de cansancio emocional, estrés, insatisfacción en el trabajo y agotamiento. Las enfermeras que hacen continuamente horas extraordinarias o que trabajan sin el respaldo adecuado tienden a mostrar mayor abandono y a tener peor salud, lo que debilita las respuestas del Sistema de Salud a las necesidades de salud de las Comunidades<sup>144, 145</sup>.

#### 2.2.10.- Legislación y Salud Laboral

En la actualidad, debido a la magnitud del problema del burnout, tanto para la empresa como para las organizaciones laborales, se demanda su reconocimiento como enfermedad profesional y que se reconozca como tal en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social.

Mientras ello no suceda y se reconozca en la legislación laboral como enfermedad profesional, varias sentencias judiciales han declarado el burnout como accidente laboral<sup>146</sup>.

La primera fue la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999. Luego llegaron la del Juzgado de lo Social N° 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002 y una tercera del Juzgado de lo Social n° 16 de Barcelona, de fecha 27 de diciembre de 2002. Posteriormente en 2005, el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña entendió que los síntomas que presentaba una profesora de un colegio se asimilaban a los del síndrome de Burnout, esta sentencia ayuda a consolidar la jurisprudencia establecida ya por el Tribunal Supremo.

En ninguna han estado implicados profesionales sanitarios, pero los hechos crean precedentes en la valoración de esta patología. Para Gil-Monte<sup>62</sup> estas sentencias marcan “un antes y un después”, ya que, en su opinión, se va a obligar a un diagnóstico preciso de la enfermedad y por tanto al desarrollo de programas de intervención, asegura.

Hasta ahora, los problemas psíquicos derivados de la actividad laboral caían todos en el diagnóstico de la depresión. De esta manera, el trabajador podía obtener una baja por enfermedad, aunque tenía sus contraindicaciones, ya que el trabajador recibía tratamiento para la depresión, se consideraba que el problema estaba en el individuo y se descartaba la intervención en el entorno laboral por lo que el problema se cronificaba, explica Gil-Monte; finaliza con la siguiente observación: *“considerar el burnout como un accidente laboral es importante por otorgarle un mejor y diferente tratamiento protector en la Seguridad Social, así, la base reguladora incluye la realización de horas extraordinarias, no se exige un periodo de carencia y la protección de la Seguridad Social le cubre desde el primer día de trabajo sin necesidad de tener acumulado un periodo de tiempo”*<sup>146</sup>.

## *Variables implicadas en el Síndrome de Burnout*



### **3.- VARIABLES IMPLICADAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT**

Buendía y Ramos<sup>147</sup> destacan que una explicación completa y satisfactoria del síndrome ha de ocurrir cuando se integran las variables recogidas desde las tres dimensiones: individual o personal, social y organizacional. De esta manera, las variables estudiadas como posibles desencadenantes o facilitadoras del burnout, en general, suelen estar relacionadas con el contexto y condiciones en que desarrolla su trabajo, la situación demográfica y social del sujeto, y con su propia disposición y características personales<sup>148, 149</sup>.

#### **3.1.- Variables organizacionales.**

Según Schaufeli et al. (2003)<sup>150</sup> los servicios asistenciales son atractivos para personas altamente motivadas y son a la vez, áreas donde se dan especialmente experiencias frustrantes por varios motivos: a) las demandas emocionales son altas y con falta de reciprocidad por parte de los pacientes; b) los objetivos del trabajo no están bien definidos, son poco claros o no se recibe feedback sobre los mismos; c) el ambiente organizacional no supone un apoyo porque es frecuente la falta de recursos y d) la presión social y cultural es alta por lo que puede derivar en conflictos.

Por tanto Enfermería es una de las profesiones donde existe mayor incidencia del síndrome de burnout debido a la continua exposición a situaciones difíciles y a las características laborales del puesto: sobrecarga, ambigüedad de rol, carencia de recursos, exposición a traumas, violencia... Esto ha dado lugar a un amplio campo de investigación de las situaciones, estresores, y factores de la organización (laborales) que guardan relación con el burnout<sup>151-156, 6</sup>.

Las variables de la organización consideradas en los estudios revisados sobre burnout han sido: el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social,

estrés de rol; la falta de reciprocidad (dar más emocionalmente en el trabajo de lo que se recibe a cambio) y el clima laboral. En este sentido, los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral el bienestar y la satisfacción laboral; menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo<sup>3, 61</sup>.

En cuanto al estrés de rol recoge tres aspectos: conflicto de rol, ambigüedad y sobrecarga.

El conflicto de rol: es un conflicto entre expectativas reales o esperadas que en cualquier caso no pueden ser satisfechas. 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)<sup>157</sup>. El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan. El conflicto de rol se asocia significativamente con agotamiento emocional. 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 despersonalización, mientras que es negativa entre conflicto de rol y realización personal en el trabajo.

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. Se han encontrado relaciones significativas para conflicto y ambigüedad de rol y el síndrome de burnout en colectivos de sanidad. La mayoría de las investigaciones considera que el conflicto de rol es el predictor más intenso del

componente emocional del burnout (agotamiento emocional) mientras que la variable ambigüedad de rol lo es del componente cognitivo del burnout (baja realización personal en el trabajo): 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<sup>158</sup>.

Sobrecarga: frente al incremento de demandas relacionadas con el puesto de trabajo, se produce situaciones de sobrecarga cuantitativa y cualitativa relacionada con el trabajo. En particular, la sobrecarga laboral tiene una incidencia determinante como fuente de estrés crónico en enfermería. La escasez de medios y de personal en las plantillas conlleva situaciones de sobrecarga cuantitativa, que implica un exceso de trabajo con escaso tiempo para desarrollarlo incrementando particularmente los niveles de agotamiento emocional de los profesionales<sup>158</sup>.

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 estrés de rol. 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. Según Gil-Monte y Peiró (2008)<sup>61</sup> la sobrecarga percibida aumenta los niveles de burnout porque incrementa los sentimientos de agotamiento emocional.

En profesionales de enfermería, la sobrecarga laboral conlleva problemas psicológicos asociados como cinismo, agresividad, agotamiento emocional, y baja eficacia profesional, además, se ha relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva (Greenglass et al., 1996)<sup>159</sup> insatisfacción laboral, incertidumbre, bajo

poder de decisión de la autoridad y fatiga física. Además, 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.

Otros autores destacan otros factores, como el grado de autonomía o independencia, 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, 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<sup>144</sup>.

Garrosa et al. (2008)<sup>160</sup> resaltan otro factor, que la frecuencia y tiempo pasado en contacto directo con los pacientes/clientes resulta un elemento fundamental en el desarrollo del desgaste profesional, sobre todo en enfermería, que los riesgos de aparición del síndrome aumentan claramente en función del tiempo que se permanece en contacto directo con los pacientes. Así, han destacado que el mayor predictor de la despersonalización es la interacción directa con las personas a las que se atiende.

Para finalizar, en los estudios actuales sobre el origen del síndrome de burnout se van considerando más los aspectos emocionales relacionados con el individuo, entre ellos los sentimientos de culpa generados y el compromiso con el trabajo frente al burnout y más recientemente la competencia emocional<sup>158, 160</sup>.

Desde la perspectiva puramente laboral, las enfermeras, en su conjunto, están entre el grupo profesional más vulnerable, ya que no tienen expectativas ni salidas

que les hagan atractivo el trabajo, por otra parte, la enfermera está en estrecho contacto con el enfermo, su trabajo es muy duro y está mal pagado. Tanto el sistema hospitalario como la atención primaria no tienen en cuenta cuales son las actitudes, aptitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en dicha institución. Esto trae consigo gran desmotivación, desilusión y desgaste profesional. En la muestra estudiada por Manzano, las enfermeras que poseen especialidad no trabajan en los servicios correspondientes a esta. Esta falta de acoplamiento entre las competencias percibidas y demandadas hace que los profesionales, a la larga, presten unos cuidados de una calidad “relativa”, debido a esa falta de atención del sistema<sup>130</sup>.

#### 3.1.1.- Efecto contagio

Otro factor que hay que tener en cuenta, es la posibilidad de un proceso de contagio de los síntomas del síndrome de burnout. En esta línea, Bakker y Schaufeli (2000)<sup>161</sup> resaltan que los profesionales de enfermería que percibían altos niveles de burnout entre sus compañeros, eran más propensos a experimentarlo ellos mismos. 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 burnout, las conductas y actitudes de los compañeros hacia los pacientes son antecedentes más importantes del síndrome en este grupo ocupacional<sup>161</sup>.

#### 3.1.2.- El apoyo social

El apoyo social se ha estudiado como un recurso ante las demandas laborales frente al desarrollo del síndrome de burnout. Greenglass et al. (1996)<sup>159</sup> 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 general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social, entendido como la percepción de disponibilidad de otros para informar o comprender y prestar ayuda y asistencia material. Las fuentes de apoyo social provienen de la pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores.

En el contexto laboral el apoyo social permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización, y los efectos positivos sobre el trabajador pueden ser emocionales, informativos e instrumentales. Así los estudios evidencian que el apoyo social y la calidad de las relaciones interpersonales dentro del grupo del trabajo, 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<sup>159</sup>.

Los efectos del apoyo social serán: efectos indirectos sobre el síndrome, su ausencia influye sobre los niveles de estrés percibido y en consecuencia afecta a los niveles de desgaste profesional; efectos directos, su ausencia incrementa los niveles percibidos de desgaste; y efectos de amortiguación, cuando el apoyo social percibido no disminuye directamente los niveles de estrés o de desgaste pero puede hacer que el impacto del estrés sobre el sujeto o la valoración que haga sobre el potencial estresante de los acontecimientos sea menor<sup>162</sup>. El estudio desde estas diferentes

perspectivas explica los resultados aparentemente poco consistentes en relación al papel que juega el apoyo social en el proceso del burnout.

Así hay estudios en los que el apoyo social puede mejorar (o su ausencia, empeorar) el burnout, 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. También, 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<sup>163</sup>.

En el contexto laboral sanitario se ha constatado que el escaso apoyo social es un factor importante en el desarrollo de factores de estrés vinculados al trabajo, especialmente en los niveles más bajos de la organización. En esta línea de argumentación, la falta de apoyo social puede conducir al burnout. Un numeroso grupo de estudios han mostrado que la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo correlaciona con la aparición del burnout. El apoyo social supone aportaciones tanto emocionales, ante el éxito y fracaso de la propia tarea, como ayuda instrumental en el desarrollo del ejercicio profesional. Actúa también como un factor motivacional y una forma de compartir valores y contextos justificativos de tipo cognitivo ante la propia tarea<sup>164</sup>.

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 burnout, y produce efectos moduladores entre el burnout y sus consecuencias<sup>164</sup>.

Por tanto, la revisión de la literatura permite concluir que existe una relación positiva y significativa entre las diferentes fuentes de apoyo social y el desgaste profesional<sup>159, 162, 163, 164</sup>.

### **3.2.- Variables personales**

Los factores personales juegan un papel muy importante en el desarrollo del síndrome, efecto que se constató desde los primeros momentos del estudio del burnout.

Las personas no llegan al ambiente laboral libres de influencia, muy al contrario, llevan consigo todas sus experiencias, sus vivencias, su aprendizaje y su forma de ser. Las personas deben aprender a integrar todo esto en su ambiente laboral, esto parece que no siempre resulta fácil<sup>165, 166</sup>.

Las variables personales consideradas en los estudios sobre burnout son:

1. Sociodemográficas individuales: sexo, edad, estado civil, existencia o no de hijos
2. Sociodemográficas laborales: la situación en la institución, antigüedad en el puesto y la antigüedad profesional, tipo de servicio.
3. Características psicológicas de personalidad<sup>7, 68</sup>.

#### **3.2.1.- Variables sociodemográficas individuales.**

Dado el supuesto papel modulador que este tipo de variables personales pueden ejercer actuando como elementos facilitadores o inhibidores de la aparición del síndrome, su análisis ha sido objeto de un amplio estudio que ha aportado generalmente resultados poco claros respecto a la importancia y dirección de su

influencia. Tanto es así, que algunos autores han llegado a señalar la escasa o nula relación entre las características sociodemográficas y el burnout.

Se han publicado estudios contradictorios respecto a la influencia de diversas variables, como la edad y el sexo, debido a las diferencias en la composición de las muestras y del bajo tamaño muestral de la mayoría de los estudios<sup>165, 166</sup>.

En relación al sexo, Los resultados no son concluyentes, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en el MBI, los hombres puntúan en otros estudios más alto en desgaste profesional. El género parece ser una variable que diferencia las puntuaciones en burnout entre hombres y mujeres, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional. Las mujeres puntúan más alto en agotamiento y en ineficacia profesional que los hombres<sup>166</sup>.

Autores como Gil-Monte (2002)<sup>166</sup> lo atribuyen en gran parte a los diferentes procesos de socialización para los roles masculino (el hombre no debe expresar emociones) y femenino (cuidar, educar). La cultura occidental favorece del desarrollo del rol masculino orientado al logro y entrenado para reprimir las emociones, potenciando en el rol femenino las dimensiones emocionales y expresivas que se manifiestan principalmente en la habilidad para las relaciones sociales<sup>165, 166</sup>. Los hombres, por tanto, serían tendentes a responder a las demandas emocionales de los otros de una forma más distanciada.

No obstante, otros investigadores describen un mayor desgaste laboral en hombres, con un mayor agotamiento emocional que las mujeres y algunos no detectan diferencia significativa entre ambos sexos en esta dimensión<sup>160, 165</sup>. Maslach et al., exponen que las mujeres soportan mejor que los hombres las situaciones complicadas del día a día del ámbito laboral<sup>162</sup>.

Con respecto a la edad, los estudios van en la misma dirección. Investigaciones en el contexto sanitario encuentran que este síndrome se da con más frecuencia a medida que se incrementa la edad, estudios que confirman esta tendencia muestran resultados de más agotamiento emocional y falta de realización personal en la persona con edad avanzada, mayores de 44 años y valores más altos de despersonalización entre las personas más jóvenes<sup>166</sup>.

En otros estudios encuentran relaciones significativas entre burnout y edad en tramos de edad intermedios entre los 25-40 años. Esta discrepancia se explica porque parecen ser preferentemente los años de experiencia en la profesión lo que se encuentra asociado al síndrome<sup>167</sup>. En general, la literatura muestra una relación inversa entre la edad y el síndrome de burnout se ha indicado que este patrón estaría relacionado con el aprendizaje a lo largo de la vida de estrategias de afrontamiento eficaces y con la adquisición de expectativas más realistas acerca de la profesión<sup>139, 140, 165</sup>. Este patrón se explicaría al estar relacionado con el aprendizaje a lo largo de la vida de estrategias de afrontamiento eficaces y con la adquisición de expectativas más realistas acerca de la profesión. En esta línea Cherniss<sup>52</sup> resalta la ocurrencia del desgaste profesional surgido al inicio de la carrera por la discrepancia que se produce en los profesionales más jóvenes e inexpertos al comprobar la inadecuación entre sus expectativas idealistas iniciales y la realidad.

En cuanto al estado civil (con o sin pareja) tampoco los datos son homogéneos, Hay estudios donde el grupo con pareja presenta menores índices del síndrome que los sin pareja, mientras que otros no encuentran diferencias significativas. Incluso en otros estudios aparece el nivel más alto de burnout en profesionales con pareja estable, Garrosa et al. (2008)<sup>160</sup> manifiestan que cuando se tiene pareja habría que prestar una atención específica a la calidad de esta relación, así como al nivel de

apoyo socioemocional que presta el compañero, este aspecto podría explicar las conclusiones de los diferentes estudios<sup>165, 166</sup>.

Al estudiar la estructura familiar del profesional, tampoco los datos son concluyentes. En unos estudios las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al burnout.

Leiter (2005)<sup>89</sup> consideró que los recursos familiares complementan a los de los compañeros de trabajo en la prevención del síndrome de burnout o en su alivio. Piensan que es debido a la implicación del sujeto con la familia que adquiere una mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas por el contrario, frecuentemente ocurre que a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional<sup>148</sup>, en otros estudios en la misma línea, en el contexto sanitario, el personal de enfermería con más de 2 hijos, presentaba medidas más elevadas en el MBI que las que tenían menos de 2 hijos<sup>130</sup>, mientras que otros no han encontrado diferencias significativas<sup>167</sup>.

### 3.2.2.- Variables sociodemográficas laborales.

Al analizar la antigüedad en el puesto y la experiencia profesional, no existe acuerdo. Gil- Monte y Peiró (1997)<sup>68</sup> encuentran que en los primeros años de carrera profesional la persona parece más vulnerable, se interpreta que los profesionales nuevos suelen ser más jóvenes e inexpertos con menos estrategias de afrontamiento. En otros estudios el síndrome aparece en profesionales con una antigüedad de más de diez años, los trabajadores con mayor antigüedad en la profesión tenían puntuaciones más elevadas en despersonalización, sin embargo a menor antigüedad mayor falta de realización personal<sup>136, 139</sup>. Sin embargo en otros estudios no encuentran asociación entre estas variables<sup>158, 160</sup>.

Otros investigadores especifican que la antigüedad laboral puede convertirse en factor de riesgo en determinadas unidades asistenciales donde el profesional está expuesto a un mayor contacto con el sufrimiento de los pacientes: Unidades de Cuidados Intensivos, Oncología, Cuidados Paliativos, Críticos y Unidades de Enfermos Mentales Crónicos<sup>133, 137, 167, 168, 138</sup>.

En este sentido, son muy frecuentes los estudios comparativos entre diferentes unidades o servicios asistenciales con el fin de analizar la prevalencia y el perfil específico según el contexto laboral estudiado. Son varios los que han señalado diferencias en burnout según el lugar de trabajo. Las unidades quirúrgicas son las menos afectadas mientras que las unidades de oncología y paliativos son más vulnerables. Algunos trabajos señalan menores índices de burnout en las unidades de urgencias, mientras que en otros aparecen con niveles mayores. Hay trabajos que, sin embargo, no encuentran asociaciones significativas entre la unidad o servicio en la que se trabaja y la vulnerabilidad al síndrome<sup>133, 137, 138</sup>.

Cuando se investiga la turnicidad y horario laboral, tampoco existe unanimidad, mientras que en algunas investigaciones enfermería aparece como especialmente vulnerable, actuando la incidencia del turno rotatorio como un importante estresor, con múltiples consecuencias desde la desincronización de los ritmos biológicos circadianos, la aparición de trastornos del sueño y fatiga persistente difícil de recuperar, así como el desarrollo de trastornos gastrointestinales y cardiovasculares, además de una repercusión negativa sobre la esfera sociofamiliar del individuo, lo que dificulta la obtención del apoyo social necesario y facilita la aparición de trastornos de carácter afectivo. En otras no es relevante. No obstante, mientras se ha apreciado la influencia del turno de trabajo sobre el desarrollo de

síntomas físicos asociados al estrés y sobre la falta de satisfacción en el trabajo, no se ha hallado conexión alguna con las dimensiones específicas del burnout.

En cuanto a tener que hacer guardias y la calidad de las relaciones interpersonales con los compañeros aparece como factores determinantes en un estudio con médicos de la unidad de intensivos<sup>110</sup>.

La mayoría de los estudios consultados no dan relevancia al tipo de contrato, si bien aparecen investigaciones en los que el personal fijo, con plaza en propiedad presenta niveles más altos en burnout con puntuaciones más altas en agotamiento emocional (se hipotetiza su falta de expectativas de mejora profesional o a que los trabajadores con un contrato eventual “desconectan” de su trabajo, lo que actuaría como un factor protector contra el burnout), en otros se encuentra la tendencia opuesta, el personal interino obtiene mayores puntuaciones en la dimensión de agotamiento emocional, sufren un mayor grado de desgaste las enfermeras que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología<sup>133, 137, 138</sup>.

### **3.3.- Variables Psicológicas.**

Desde los modelos transaccionales de afrontamiento del estrés, los aspectos motivacionales o cognitivos de la personalidad son los que incrementarán o disminuirán la evaluación de la situación como amenazante, y plantean el estudio de la personalidad como un sistema de respuestas y afrontamiento al estrés en función de variables no solo individuales, sino también del entorno. Variables como resiliencia<sup>169</sup>, locus de control, autoeficacia<sup>170,12</sup>, autoestima, personalidad resistente<sup>171</sup>, sentido de coherencia<sup>172</sup>, neuroticismo<sup>173</sup>, estrategias de

afrontamiento<sup>174, 168</sup>, aparecen en la literatura como relevantes que median en el proceso del burnout<sup>175</sup>.

Para 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)<sup>176</sup>.

El nivel de autoeficacia influye sobre la forma de percibir y procesar las demandas o amenazas ambientales, así, las personas con elevados niveles de autoeficacia tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente incontrolables (Bandura, 1999, 2001)<sup>177</sup>.

178

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, además, puede hacer que las demandas del medio tengan efectos positivos proporcionando bienestar cuando se puede responder de manera adecuada a los requerimientos ambientales (Salanova *et al.* 2001)<sup>179</sup>.

La autoeficacia positiva se ha asociado con la persistencia, la dedicación y la satisfacción en nuestras actuaciones (Garrido, 2000)<sup>180</sup>; para finalizar, Leiter (1991, 2005)<sup>181, 83</sup> considera que la autoeficacia además de actuar directamente sobre la relación estrés y las consecuencias, también puede afectar esta relación mediante la adopción de conductas de afrontamiento adecuadas, plantea que el burnout debe ser entendido como una crisis de la autoeficacia profesional<sup>181</sup>.

Además, los modelos de burnout basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo, ya expuestos, tratan la variable autoeficacia dentro del proceso de desarrollo del burnout. Por un lado, el modelo de Pines (1993)<sup>182, 94, 95</sup>, considera que los

profesionales de ayuda, que tienen un alto nivel de motivación y de implicación inicial, cuando ven truncadas sus expectativas de éxito, experimentan sentimientos negativos tanto a nivel psicológico como laboral, con lo que puede aparecer el burnout. Así mismo, para Cherniss (1993)<sup>96</sup>, los sentimientos de autoestima y autoeficacia percibida se relacionan con el desarrollo del burnout, para él, una de las causas más importantes del síndrome en profesionales, es la incapacidad para desarrollar un sentido de competencia y autoeficacia.

Y en el modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)<sup>97</sup> los sentimientos de autoconfianza profesional aparecen como variable mediadora en el desarrollo del agotamiento emocional y despersonalización.

En definitiva, el Burnout se relaciona con la incapacidad para alcanzar un sentido de competencia o éxito en el trabajo, y en este contexto adquiere especial importancia la variable control en la explicación de las respuestas al estrés.

Por otro lado, el fallo en el manejo adecuado de las demandas emocionales en las interacciones sociales puede producir desgaste profesional, que conlleva una actitud negativa y deshumanizada hacia los usuarios y hacia el propio rol profesional. Adicionalmente, se produce una pérdida o disminución de la propia eficacia profesional. Maslach y Leiter<sup>29</sup>, ya insistieron en las consecuencias del trabajo emocional y consideraban el desgaste profesional como una experiencia individual y negativa que ocurría como consecuencia de las relaciones interpersonales en el lugar del trabajo. Estas relaciones interpersonales implican unas fuertes demandas emocionales y diferentes autores<sup>65, 94, 95</sup>, sugieren que estas juegan un papel relevante en el desarrollo del desgaste profesional.

Maslach (2001) postula que la frecuente interacción cara a cara con los pacientes, la duración y la intensidad de la emoción está íntimamente relacionada con los niveles de agotamiento emocional.<sup>1</sup>

Zapf (2002)<sup>183</sup> ha resaltado que junto a las demandas emocionales en el trabajo, los estresores laborales de sobrecarga, presión de tiempo, conflicto de rol y el trabajo emocional que el profesional debe realizar se muestran como antecedente de burnout en diferentes estudios. En este sentido, un mayor entendimiento de los efectos del trabajo emocional que tienen que realizar los trabajadores para regular las emociones propias puede contribuir a una mayor comprensión de la importancia de las variables asociadas al desgaste profesional.

El trabajador tiene la exigencia de continuos procesos de interacción social y manejo emocional como parte de su rol y actividad profesional. Hochschild (1983) conceptualizó este proceso como “*emotional labor*”. Trabajo emocional definido por Brothedidge y Gandey (2002)<sup>184</sup> como un proceso de regulación emocional que tiene lugar en contextos laborales, como el sanitario, donde, por la continua interacción con los usuarios, el trabajador tiene que gestionar la expresión de sus emociones para que se ajuste su expresión, su experiencia emocional, en ocasiones, a un conjunto de normas de trabajo esperadas por la organización. En la gestión de sus emociones puede ocurrir disonancia emocional, considerado un problema de regulación derivado de las dificultades y conflictos que experimenta el individuo para ajustarse a los requerimientos del puesto, con la excepción de aquellas situaciones en que se requiere explícitamente una divergencia entre experiencia y expresión. Este requerimiento de trabajo emocional por parte de la organización, que produce disonancia emocional, puede ser predictor de burnout<sup>184</sup> No obstante, algunos estudios indican que el trabajo emocional no tiene efectos negativos en el trabajador

cuando forma parte de la identidad profesional o cuando expresa emocionalmente lo que cree que debe expresar<sup>183</sup>.

Y aunque el desgaste profesional, es principalmente considerado como un problema relacionado con las características del trabajo y la tarea (Gil-Monte, 2005)<sup>3</sup>, no se puede obviar la contribución de las habilidades emocionales de los profesionales, y de control personal de cara a prevenir su aparición.

En consecuencia, las nuevas perspectivas del desgaste profesional han integrado los aspectos emocionales del trabajo dentro del concepto<sup>183-185</sup>. De esta manera, la influencia de la Inteligencia Emocional se ha introducido como una variable relacionada con el estrés ocupacional en fechas más recientes, siendo la Inteligencia Emocional variable destacada en los estudios actuales de burnout, sobre todo en los profesionales que trabajan con personas. (Bar-On et al. 2000)<sup>186</sup>.

En conclusión, las variables psicológicas relevantes en los estudios actuales en profesionales sanitarios, como mediadoras en el proceso de burnout, son las Expectativas de Control, Autoeficacia e Inteligencia Emocional, objetivos del presente estudio.

### 3.3.1.- Expectativas de Control Personal.

#### 3.3.1.1.- Concepto de expectativas

Existe una gran variedad de investigaciones sobre cómo los individuos consiguen y mantienen un control sobre sus vidas y han demostrado que la habilidad de las personas para conseguir control personal es esencial para su supervivencia y para su salud mental y física<sup>187</sup>.

Dentro de este marco, el Locus de Control es una de las expectativas que desarrolló Rotter (1966)<sup>188</sup> dentro de su teoría del aprendizaje social (Rotter, 1954)<sup>189</sup>.

De acuerdo con esta teoría, la conducta de las personas puede predecirse desde el conocimiento de cómo éstas ven la situación, desde sus expectativas sobre su propia conducta y desde sus evaluaciones sobre los resultados que podrían ocurrir a consecuencia de sus actos en esa situación. El concepto de expectativa parte de los trabajos de Tolman (1932) y Lewin (1936) que la definen como la valoración subjetiva de la posibilidad de alcanzar un objetivo particular.

El Locus de Control ha sido el tipo de expectativa que más influencia ha ejercido en la literatura psicológica, sin embargo, el primer tipo de expectativa que Rotter (1954) desarrolló, siguiendo la tradición de Tolman, fue la expectativa de éxito o del refuerzo<sup>12</sup>. Además, evidenció otra expectativa de no contingencia entre resultados y respuestas que constituye la base de la Teoría de la Indefensión Aprendida desarrollada por Seligman (1975)<sup>190, 191</sup>.

Por último, la autoeficacia percibida es otro tipo de expectativa propuesto y desarrollado por Bandura (1977)<sup>192</sup> para diferenciarla de lo que él llamó expectativas de resultados.

Por tanto, Rotter y Bandura distinguen diferentes expectativas: el locus de control, expectativa de éxito o del refuerzo, expectativa de no contingencia (indefensión aprendida) y autoeficacia.

Rotter (1966) propuso el concepto de Locus de control para referirse a las expectativas que la persona tiene de que sus acciones serán efectivas para controlar el ambiente. Es una creencia sobre el control personal<sup>188</sup>.

Esta teoría mantiene que estas expectativas y el valor del refuerzo son variables relevantes de la persona para determinar la potencialidad de aparición de una conducta dentro del repertorio conductual que posee en una situación determinada. Para Rotter el comportamiento del sujeto en una determinada situación resulta de la interacción entre la expectativa personal de un particular refuerzo y del valor del refuerzo, además considera que la expectativa de control es una característica global, relativamente estable a través del tiempo y de las situaciones.

Desde esta perspectiva, el Locus de control es definido como una dimensión con dos extremos. En uno de estos extremos está el locus de control interno, definido como la percepción de que los acontecimientos positivos o negativos son una consecuencia de las acciones personales y por tanto pueden estar bajo control personal. La persona con locus de control interno encuentra una relación directa entre la propia conducta y los resultados que se logran con la misma. En el otro extremo estaría el locus de control externo, perciben que los acontecimientos positivos o negativos no están relacionados con la propia conducta, quedando fuera del control personal, dependen del control de otras personas, o están predeterminados o son incontrolables, por depender del destino, del azar o de la suerte.

Según el concepto de Rotter (1966)<sup>188</sup>, las personas con un locus de control más externo se adaptarán peor a la realidad que los que tengan un locus de control más interno. En función de esta idea se ha considerado que es más beneficioso, adaptativo y saludable tener un locus de control interno y que es negativo y no adaptativo el tener un locus de control externo, algo que se ha cuestionado de diversas formas, pues las personas con un locus interno pueden reaccionar peor ante una situación que realmente no es controlable; por otra parte el locus interno se ha relacionado con actitudes más individualistas y egoístas.

Además, se ha señalado que la internalidad y externalidad pueden variar en función de las circunstancias. No obstante, en general se asume que es más positivo un locus interno que uno externo, pues se ha asociado con una autoestima más alta, autoaceptación y otros indicadores de un funcionamiento adaptativo (Furnham 1982)<sup>193</sup>.

La percepción de control, se considera un factor modulador del estrés; es decir, a mayor percepción de control habría más capacidad de manejar una situación estresante de manera adecuada y por ello sería deseable que el locus de control fuera lo más interno posible (Dohrenwend y Martin, 1979)<sup>194</sup>. Estos autores manifiestan que los profesionales con un locus de control externo presentan una mayor probabilidad de padecer estrés y se muestran menos eficaces que los sujetos caracterizados por un locus de control interno, señalan además que si la percepción de pérdida de control se evalúa como temporal y con posibilidad de recuperar la controlabilidad, no afectará igual si se piensa que no se va a recuperar<sup>194</sup>.

Rotter también introdujo el constructo de expectativa, definiéndolo como la probabilidad sostenida por el individuo de recibir un refuerzo o alcanzar una meta particular, en función de una conducta específica propia. Rotter y posteriormente otros autores<sup>12, 193, 194</sup> la consideraron como expectativa de éxito al ser ésta una expectativa de refuerzo o meta, por lo que debe ser distinguida de la expectativa de locus de control.

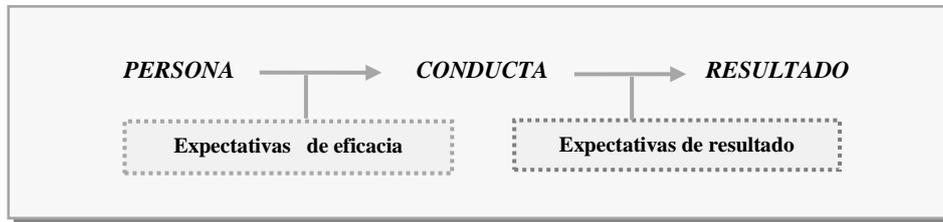
Seligman (1975) subraya la importancia del control percibido sobre la conducta y los resultados de la misma, planteando que las personas desarrollan estados anímicos depresivos cuando experimentan una ausencia de contingencia entre lo que ellos hacen para controlar y el resultado que obtiene<sup>190</sup>. Acuñó el término de Indefensión Aprendida como el resultado de repetidos fracasos en el intento de

obtener control sobre la situación. Esta situación es provocada cuando existe la creencia de no poder hacer nada por cambiar la situación, por lo que tampoco se tiene ninguna motivación para intentarlo<sup>190, 191</sup>.

Posteriormente, Bandura (1977, 1986) en su enfoque bidimensional engloba en las expectativas de resultado las expectativas anteriores conocidas y añade una nueva: la expectativa de autoeficacia<sup>13, 192</sup>. Desde su teoría Social Cognitiva, diferencio la expectativa de autoeficacia como la creencia personal de poseer la habilidad específica necesaria para realizar una determinada acción; se tiene percepción de control. La expectativa de autoeficacia difiere en magnitud, generalidad e intensidad o fuerza; una persona puede sentirse altamente eficaz para realizar una determinada tarea, esta creencia puede extenderse a otras situaciones y cuanto más fuerte sea esta creencia, más difícilmente se extinguirá ante un fracaso en la ejecución. En esta línea, otros autores utilizan el constructo de percepción de control aunque en sentido más general, así hablan de autoeficacia general.

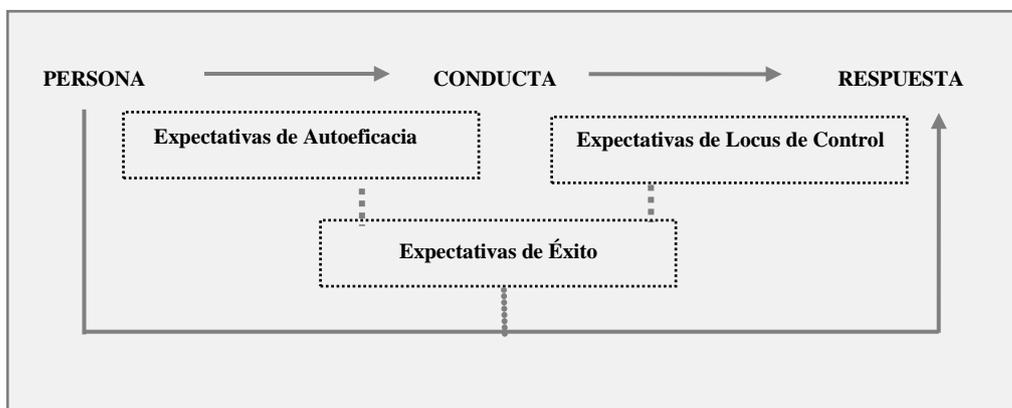
La expectativa de resultado la describe como la estimación o anticipación del individuo de que una conducta concreta producirá determinados resultados. Es decir, es la estimación que hace la persona acerca de la probabilidad de que una vez realizada la conducta, tenga ciertas consecuencias sociales, físicas y auto-evaluativas. Desde este planteamiento, ambas expectativas son determinantes causales de la iniciación y persistencia de la conducta. Los individuos persiguen con más probabilidad metas y objetivos que piensan que tienen gran probabilidad de alcanzarlos. Es fundamental para adquirir este tipo de expectativa el feedback del resultado, la dificultad de la tarea, la información de comparación social y diferencias de personalidad.

En la figura 3 se representa la diferencia entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado adaptado de Bandura.



**Figura 3: Diferencia entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado adaptado de Bandura, 1977. Fuente: Palenzuela D, Barros A, Almeida L. 1977.**

Palenzuela et al., 1993)<sup>12</sup> elabora un nuevo modelo de Control Personal tridimensional: Expectativas Generalizadas de Control Personal, con el que pretende complementar el modelo reduccionista propuesto por Bandura de dos expectativas. Proponen un modelo integrador que contiene los tipos de expectativas más relevantes propuestas, desde la teoría del Aprendizaje Social de Locus de control<sup>188</sup> Autoeficacia<sup>192</sup>, Indefensión<sup>190</sup>, y Expectativa-Valor<sup>195</sup> que consideran la intencionalidad, el componente motivacional clave para conseguir un logro; cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo.



**Figura 4: Modelo tridimensional de Expectativas Generalizadas de Control de Palenzuela 1990.**

Por tanto, en este modelo el constructo global de las Expectativas de Control Percibido incluirá tres componentes: Autoeficacia, Locus de control y Éxito. La novedad que introduce Palenzuela (1992), es establecer la expectativa de refuerzo, meta o éxito, que no aparece en el modelo de Bandura, e incorporar la expectativa de locus de control externo de indefensión. En la figura 4 aparecen reflejadas explícitamente la expectativa de autoeficacia, las expectativa de resultado de Locus de control y la expectativa de éxito, pero no la expectativa de indefensión, esto se debe a que esta última expectativa constituye uno de los componentes del Locus de control externo<sup>196, 187</sup>.

En síntesis: Palenzuela establece en su modelo tridimensional:

1). La expectativa de Locus de control con tres componentes:

- La expectativa de control interno o contingencia que se refiere al grado en que una persona atribuye a su conducta o comportamiento, las consecuencias o resultados que obtiene en su vida diaria.

- La expectativa de control externo, de indefensión o no contingencia, se refiere al grado en que uno espera que los acontecimientos o resultados que puedan acontecerle serán independientes de sus acciones.

- La expectativa control externo o creencia en la suerte, se refiere al grado en que uno cree en la suerte, en qué medida las cosas ocurren debido al azar y a la casualidad, no a las acciones de uno mismo.

2). La expectativa de autoeficacia hace referencia a la creencia de la persona sobre sus propias capacidades, en qué medida uno se siente capaz de emprender o realizar acciones concretas para conseguir determinados resultados.

3). La expectativa de éxito se refiere a una estimación subjetiva de la medida en que una persona espera conseguir una meta, un refuerzo o un resultado deseado.

Desde este modelo, las expectativas de autoeficacia y las de locus de control podrían considerarse como determinantes de las expectativas de éxito o meta, lo que resulta coincidente con el enfoque de Rotter<sup>187, 196</sup>.

#### 3.3.1.2.- Evaluación

Palenzuela et al. (1992; 1997) elaboran la Escala de Expectativas Generalizadas de Control (BEEG), batería que aglutina conjuntamente las tres expectativas generalizadas de control: la expectativa de autoeficacia, la expectativa de locus de control en sus tres componentes – contingencia – indefensión – suerte, y la expectativa de éxito<sup>197</sup>.

#### 3.3.1.3.- Expectativas e Investigación

Tras la aproximación teórica al concepto de Expectativas Generalizadas de Control Personal destacamos los principales estudios que analizan estas variables en distintos profesionales y en sanitarios con relación al síndrome de burnout. En la literatura son más numerosas las investigaciones con expectativas de autoeficacia y de Locus de Control, que con las otras expectativas importantes (indefensión y éxito) y todavía más escasos en profesionales de enfermería, además muchos de los estudios analizados presentan sesgos o confusiones entre términos distintos pero relacionados con las expectativas, como creencias o actitudes.

Respecto al locus de control, en la revisión de la literatura, la mayoría de los estudios señalan que los que presentan más locus de control externo tienen mayor tendencia a sufrir burnout; En este sentido, Spector (2002)<sup>198</sup> subraya que, a diferencia de los de locus externo, los de locus interno tienden a ser más resueltos y

orientados hacia metas en la actividad laboral, y también tiende a ser más activos, al intentar controlar su situación laboral<sup>198</sup>.

De igual forma, la percepción de control sobre el trabajo y el tipo de atribución por parte del sujeto ha sido estudiada por autores como McKnight y Glass (1995)<sup>199</sup> hallando en los trabajadores evaluados una asociación significativa entre la percepción de incontrolabilidad y el nivel de agotamiento emocional, la falta de realización personal y sintomatología depresiva, así como un incremento de los niveles de burnout a medida que el sujeto incrementa la exactitud percibida con respecto a su propio control sobre el trabajo.

Furnham (1982)<sup>193</sup> ya estimó que la población desempleada se atribuye el desempleo a factores sociales externos y al destino con mayor frecuencia que entre las personas que tienen trabajo, que suelen destacar los factores internos como los más importantes.

Asimismo, Warr y Jackson, (1987)<sup>200</sup> en una muestra de desempleados constataron cómo los de más edad compartían un mayor Locus Externo y menores compromisos con el empleo que los de menor edad. Otros estudios, (Buendía y Jiménez, 1988)<sup>201</sup> establecen una asociación positiva entre sexo femenino y Locus de Control Externo.

Por otra parte, ponen de manifiesto también en relación con el sexo femenino, un mayor valor del trabajo y unas menores expectativas de éxito y autoeficacia<sup>201</sup>.

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre autocontrol y autoeficacia, un mayor autocontrol y autoeficacia suponen un factor protector ante el burnout; por otro lado, niveles altos de burnout correlacionan con puntuaciones bajas en estas variables.

Los estudios empíricos han señalado que las creencias de autoeficacia pueden influir en el desarrollo de los niveles del burnout tanto de forma directa como de forma moduladora. En este sentido, algunos estudios muestran una relación directa de la autoeficacia con las tres dimensiones del MBI, siendo la más intensa con la 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 Evers et al., (2002)<sup>202</sup>. La autoeficacia puede influir en el juicio que realizan las personas para interpretar sus resultados, pero añaden que se puede ver modificada por las condiciones<sup>192</sup>. Jex y Bliese (1999) sostienen que las creencias de autoeficacia pueden amortiguar también el impacto de los estresores mediante la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas<sup>203</sup>.

En otros estudios, la autoeficacia se ha mostrado como una variable moduladora entre los estresores del puesto y el burnout<sup>204</sup>. Entre ellos, la exposición a las nuevas tecnologías en la empresa<sup>179</sup>; la sobrecarga laboral con agotamiento emocional<sup>205</sup> y la conducta del líder encuentran un papel modulador de la autoeficacia entre los estresores y ansiedad, depresión y propensión a la movilidad del puesto<sup>205</sup>. En ese sentido, una investigación, con una muestra de profesores, obtiene que el burnout se relaciona fuertemente con la autoeficacia generalizada y la autoeficacia generalizada mantendría una relación significativa y positiva con la satisfacción laboral<sup>203</sup> y con el agotamiento emocional<sup>206</sup>.

En la misma línea, estudios como el de Lang y Lee (2005)<sup>207</sup> obtuvieron una relación significativa y negativa entre las creencias de autoeficacia y el estrés laboral.

Por otro lado, las investigaciones desde el enfoque más positivo (engagement), intentan identificar factores protectores del bienestar profesional y personal del trabajador y han puesto de manifiesto que las principales causas del engagement<sup>208</sup> se

encuentran tanto en los recursos laborales (ej. autonomía y el apoyo social), como en los recursos personales, y en la autoeficacia. Estos mismos autores señalan que la autoeficacia no sólo optimiza los niveles de engagement sino que también disminuye los niveles de burnout. Por tanto, una autopercepción de baja eficacia sería un desencadenante del síndrome de burnout<sup>208, 179</sup>.

Investigaciones con profesionales de enfermería, obtienen relaciones significativas entre autoeficacia y las dimensiones del MBI, despersonalización y realización personal en el trabajo pero no en agotamiento emocional<sup>209</sup>. En otro estudio Yan y Tang (2003) en una muestra de voluntariado encontraron relaciones significativas entre la autoeficacia y realización personal en el trabajo pero no con agotamiento emocional y despersonalización<sup>210</sup>. Los resultados de Vega y Garrido (1995) corroboran el papel protector de la autoeficacia con respecto a los efectos moduladores<sup>211</sup>. Por tanto, la autoeficacia ejercerá efectos amortiguadores sobre los distintos estresores.

En un estudio de Caballero, et al., (2011)<sup>212</sup> aplicaron la BEEGC-20, para analizar las Expectativas Generalizadas de Control ante la resolución de problemas matemáticos (RPM), de los estudiantes de magisterio y determinar si son favorables de cara a la enseñanza-aprendizaje en este área. Los resultados muestran altas puntuaciones en las expectativas de locus de contingencia o internalidad en la RPM en los maestros en formación inicial y bajas en locus de no contingencia o indefensión y de creencia en la suerte. En cuanto a la autoeficacia, realizan una estimación baja de sus posibilidades en la RPM. Mejores resultados se obtienen en la expectativa de éxito, aunque no en un grado muy alto. No se hallan diferencias significativas en cuanto al sexo.

En cuanto a los estudios sobre burnout y las Expectativas Generalizadas de Control, aplicando la BEEGC, Hernández-Martín et al. (2006)<sup>213</sup> en un grupo de funcionario de prisiones, los funcionarios que presentaban altas puntuaciones en burnout mostraron un perfil caracterizado por un mayor cansancio emocional y despersonalización-cinismo y una menor realización personal; con mayor expectativa de indefensión y suerte, en cambio, menos expectativa de éxito, autoeficacia y contingencia<sup>213</sup>. Manzano et al., (2000)<sup>214</sup> en un estudio con enfermeras y personal administrativo a los que administraron el MBI y la BEEGC, encontraron, en ambas muestras, en despersonalización una correlación positiva con indefensión y suerte, y una correlación negativa con las expectativas de control. En cuanto al cansancio emocional correlacionó positivamente con indefensión y suerte y por último la realización personal correlacionó positivamente con las expectativas de control y negativamente con indefensión y suerte, señalan no obstante que en el caso del personal administrativo, la fuerza de la relación entre el control personal percibido y las dimensiones del burnout es mayor. Para el colectivo de enfermeras/os no se encontró ninguna relación clara entre el número de hijos y las variables de personalidad de la BEEGC, ni tampoco entre el número de hijos y los factores del MBI. En relación al tiempo en la profesión cabe añadir que, como parece lógico el personal de enfermería con más tiempo en la profesión presenta una menor indefensión. Sin embargo, entre el personal administrativo, la mayor indefensión está asociada al mayor tiempo dedicado a la profesión. Esta aparente contradicción (la experiencia profesional y el dominio de la técnica deberían ir acompañados de un mayor control) podría estar apoyada en el hecho de que con el paso del tiempo el colectivo de secretarías/os es más consciente de la falta de consideración de sus superiores, a la vez que percibe, día a día, la falta de promoción y la rutinización de

las tareas. Todo ello les lleva a experimentar frustración y consecuentemente a sentirse indefensos/as ante ciertas situaciones estresantes. No hemos encontrado evidencia empírica que confirme el hecho de que ser fijo en el trabajo traiga consigo un mayor grado de satisfacción laboral<sup>214</sup>.

La investigación de Fernández Calvo et al. (2001)<sup>215</sup> sobre el síndrome de burnout en cuidadores formales de ancianos evidenciaron que el 32 % de la muestra presenta síndrome de burnout y que los cuidadores afectados se creen menos eficaces, perciben como incontrolables los acontecimientos y por consiguiente, no esperan conseguir lo que desean<sup>215</sup>.

### 3.3.2.- Inteligencia Emocional

#### 3.3.2.1- Concepto de Inteligencia Emocional

Como adelantamos, actualmente la mayoría de los autores consideran importante identificar los recursos emocionales que contribuyen a la reducción del desgaste profesional<sup>184, 186</sup>.

Durante los últimos años las investigaciones sobre el síndrome de burnout han avanzado de forma importante, aunque todavía no se ha abordado suficientemente, todas las posibles causas del desgaste profesional a nivel emocional y sus consecuencias; así como los beneficios de las habilidades emocionales en la prevención del desgaste profesional y su relación positiva con el bienestar en el trabajo<sup>7, 102, 183-186</sup>.

Al mismo tiempo se ha señalado que en las profesiones asistenciales, el manejo de las emociones está considerado una parte central de su trabajo. Este proceso implica entre otros factores el control y la adecuada expresión de las propias emociones para conseguir los objetivos laborales como la adherencia al tratamiento,

motivar al paciente para proveer cambios de conducta, etc. Desde esta perspectiva, el desgaste profesional puede ser considerado también como un indicador de que no han conseguido manejar adecuadamente sus emociones en los procesos de interacción con los usuarios del Servicio<sup>7, 102</sup>.

En este sentido, el fallo en el manejo adecuado de las demandas emocionales en las interacciones sociales puede producir desgaste profesional que conlleva una actitud negativa y deshumanizada hacia los usuarios y hacia el propio rol profesional. Adicionalmente, se produce una pérdida o disminución de la propia eficacia profesional<sup>102</sup>.

De las profesiones asistenciales, las enfermeras son un colectivo con características intrínsecas de la profesión que requiere una regulación emocional, por tener una interacción directa y continuada con los usuarios, atender a personas con dolor, enfrentarse a la muerte, a la enfermedad terminal, es decir, a situaciones límite de otros, con el sentimiento frecuente de poder hacer muy poco o nada, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se enfrentan vienen definidas por la urgencia<sup>69, 184</sup>.

Con este planteamiento surge el estudio sobre la Inteligencia Emocional (IE)<sup>15</sup> que en términos generales, se refiere a la habilidad para percibir, entender, razonar y manejar las emociones de uno mismo y de los demás<sup>186, 216-223</sup>.

Un aspecto relevante es que complementa y dota de una serie de habilidades y capacidades necesarias para favorecer y facilitar la consecución de metas en el individuo en su tarea vital, y actúa como buena predictora de la adaptación de una persona al medio<sup>241</sup>, en distintos ámbitos de su vida como trabajo<sup>219</sup>, familia<sup>218</sup>, educativo<sup>217, 222</sup> y la salud mental<sup>223</sup>.

La IE es de gran interés debido a las evidencias de que las diferencias individuales en el procesamiento de la información afectiva predicen el éxito<sup>224, 219, 15</sup>.

En este sentido, varios autores defienden que las habilidades para identificar, asimilar, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás, son recursos potenciales que facilitarían un mayor afrontamiento ante los eventos estresantes<sup>183-186</sup>.

Comprender el concepto de Inteligencia Emocional requiere hacer un análisis de los conceptos que lo componen, inteligencia y emoción.

#### 3.3.2.1.1.- Concepto de Inteligencia

A lo largo del tiempo, son numerosos los paradigmas, teorías y definiciones que se han planteado en torno a la Inteligencia. A finales del siglo XIX y principios del XX, Binet, Spearman y Cattell son de los primeros impulsores del estudio científico de la inteligencia. Sus estudios sentaron las bases para las posteriores investigaciones durante las tres primeras décadas del siglo XX, de marcado componente psicométrico, cuyo principal objetivo era desvelar la estructura de la inteligencia, bien como un constructo multifactorial (Thurstone, Guilford) o unitario (Terman)<sup>224</sup>.

En contraste con Thurstone, Cattell (1971), identifica sólo dos grupos de capacidades mentales que llamó inteligencia cristalizada e inteligencia fluida.

Por las mismas fechas, Guilford (1967) propuso un modelo claramente distinto a los anteriores al defender que la inteligencia puede ser descrita mediante 150 factores distintos, que representan las diferentes combinaciones de las 5 operaciones (cognición, memoria, producción convergente, producción divergente y evaluación),

4 contenidos (figurativo, simbólico, semántico y comportamental), y 6 productos (unidades, clases, relaciones, sistemas, transformaciones e implicaciones),

Guilford, añadió la categoría comportamental basándose en la noción de Thorndike de “inteligencia social”. Esta hace referencia a la clase de información que una persona obtiene de observaciones de la conducta de otra persona. A partir de signos expresivos o del lenguaje corporal uno puede llegar a conocer los sentimientos, pensamientos o intenciones de otra persona. Es la información incluida en las interacciones humanas<sup>224</sup>.

Estos autores midieron la inteligencia aplicando tests que evalúan habilidades manuales, perceptivas o de amplitud de memoria. A Binet y Simon se debe el primer test de inteligencia creado en 1905, posteriormente se publicaron numerosas adaptaciones, fue la de Terman en 1916, quien introdujo el término de cociente intelectual (CI), con el fin de establecer un valor numérico para la inteligencia. Los tradicionales test de inteligencia evalúan la inteligencia académica<sup>225</sup>.

Gardner (1983, 1993)<sup>226</sup> pluraliza el concepto tradicional de inteligencia, con la teoría de las inteligencias múltiples. Para Gardner una inteligencia implica la habilidad necesaria para resolver problemas o para elaborar productos que son de importancia en un contexto cultural o en una comunidad determinada. De los siete tipos de inteligencia que diferencia cabe destacar la inteligencia interpersonal e inteligencia intrapersonal. La Inteligencia Interpersonal es la capacidad de entender a los demás e interactuar eficazmente con ellos. Incluye la sensibilidad a expresiones faciales, la voz, los gestos y posturas y la habilidad para responder. La Inteligencia Intrapersonal es la capacidad de construir una percepción precisa respecto de sí mismo y de organizar y dirigir su propia vida. Incluye la autodisciplina, la autocomprensión y la autoestima. Éstas dos últimas inteligencias estarían

relacionadas con aspectos socio-emocionales, coincidiendo en parte, con los autores de una inteligencia emocional, independiente de otros constructos cercanos con la inteligencia psicométrica tradicional<sup>226</sup>.

En la misma línea, Sternberg (1981, 1999), desde la perspectiva del procesamiento de la información, propuso la denominada Teoría Triárquica de inteligencia que combina la cognición y el contexto sociocultural para distinguir tres tipos de inteligencia: *Inteligencia analítica* (resolución de problemas, de rendimiento y de adquisición de conocimientos); *Inteligencia creativa* (creatividad, intuición y estudio de las artes); *Inteligencia práctica contextual* (ajuste al contexto)<sup>227</sup>.

Los elementos centrales de la definición de inteligencia, de acuerdo con Sternberg (2003)<sup>227</sup> son: la capacidad de adaptación destinada a enfrentarse con eficacia a las demandas externas; los procesos elementales como atención y percepción; los procesos complejos de razonamiento abstracto; representación mental; solución de problemas; toma de decisiones; la habilidad para aprender y la conducta eficaz en respuesta a los problemas situacionales.

Cantor y Kihlstrom (1987)<sup>228</sup> denominaron inteligencia social, como el conocimiento necesario para comprender las situaciones sociales y manejarse a sí mismo con éxito, que es algo diferente a la inteligencia 'académica'. La inteligencia social tiende a coincidir con la denominada Inteligencia Interpersonal de Gardner.

En ese sentido, McClelland (1993)<sup>229</sup> ha demostrado que en diversas ocasiones, el rendimiento académico en la universidad tiene muy poca capacidad predictiva sobre el éxito laboral posterior. Esto se puede deber, de acuerdo con Salovey y Mayer, a la inteligencia emocional<sup>14</sup>, que sostienen es una parte de la inteligencia social y no tiene que estar necesariamente relacionada con la aptitud académica.

La inteligencia emocional fue formalmente definida en 1990 por Salovey y Mayer como *“una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y la de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos”*<sup>230</sup>.

#### 3.3.2.1.2.- Concepto de Emoción

El papel de las emociones en la adaptación del ser humano ha sido ampliamente aceptado y estudiado. Desde la antigua Grecia pasando por Darwin (1872), que intentaba demostrar desde una perspectiva biológica, la existencia de esquemas de comportamiento congénito para las emociones más importantes, como la alegría, la tristeza, la indignación y el miedo, hasta la actualidad<sup>231</sup>.

Coloquialmente nos referimos a las emociones para describir estados subjetivos que poseen una intensa carga afectiva. Así decimos sentirnos alegres o tristes, tener miedo o ira.

El término emoción es ambiguo, carece de límites precisos. Martínez-Sánchez, Fernández-Abascal y Palmero (2000) definen las emociones como *“procesos multidimensionales episódicos de corta duración que provocadas por la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motórico-expresivas; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, eso es: con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente en continuo cambio”*<sup>231</sup>. La forma de producirse una emoción es la siguiente: las informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro y se produce una respuesta neurofisiológica y interpretando el neocórtex la información.

Las teorías cognitivas de la emoción asumen que la reacción emocional depende esencialmente de cómo se interprete la situación. Se hace una valoración primaria: si es positivo o negativo para nuestros logros y una valoración secundaria al considerar los recursos personales para poder afrontarlo (Lazarus, 1991)<sup>232</sup>.

Gran parte de lo que el cerebro realiza cuando se produce una emoción sucede independientemente del conocimiento consciente; es decir de forma automática. Se puede distinguir entre reacciones emocionales innatas y voluntarias. Las respuestas de evitación se encuentran a mitad de camino entre ambas.

Sin embargo el concepto de emoción no engloba la totalidad de la esfera afectiva. La afectividad constituye la vida emocional total del individuo, concretándose en sentimientos y emociones; humor/estado de ánimo.

De Martínez (2009)<sup>231</sup> extraemos las siguientes definiciones:

El afecto es el más primitivo, general e inespecífico para representar la esfera emocional, no precisa ser etiquetado, interpretado o atribuido a causa concreta alguna (Russell, 2003, citado por Martínez). Básicamente describe la valoración que hacemos de las distintas situaciones a las que nos enfrentamos, se considera que existe una tendencia innata hacia el afecto positivo, de tal manera que la meta de toda persona es generalmente obtener placer. Es muy duradero y tiene un carácter difuso, no estando causado por acontecimientos discretos sino por la concatenación de estados de ánimo y emociones que experimentamos.

El humor o estado de ánimo posee un carácter difuso, tiene mayor duración, carece de expresión facial propia y provoca una activación fisiológica menor que las emociones.

Las emociones tienen relación directa con un objeto, es decir la característica distintiva de las emociones es su condición de ser reactiva y breve, ante una situación específica que concierne a respuestas fisiológicas y manifestaciones expresivas y conductuales.

El sentimiento, consiste en la toma de conciencia de la ocurrencia de una emoción, cuyo núcleo principal es el placer o displacer que se desprende de la situación. Ortony, Norman y Revelle (2005, citado por Martínez) sostienen que los sentimientos son los registros de salida que el cerebro elabora para interpretar los cambios corporales (tensión muscular, activación cardiovascular, etc.); así como los cambios en el estado de conciencia que causan las emociones, esto implica que los sentimientos son necesarios, pero no suficientes para que se produzca una emoción<sup>231</sup>.

Desde el modelo neuro-cognitivo, LeDoux<sup>233, 234</sup> y Damasio<sup>235, 236</sup> consideran que las diferencias entre emociones y sentimientos se debe a la interacción que se da entre la activación de ciertos mecanismos fisiológicos y el grado de conciencia con que son experimentados. Las emociones son concebidas como funciones biológicas del sistema nervioso, mecanismos inconscientes destinados a generar conductas que permitan la supervivencia y la perpetuación de los organismos, la expresión de los sistemas corporales de regulación homeostática. Una vez que la emoción ha sido detectada por la conciencia, el sentimiento surge de la interpretación cognitiva, consciente, realizada sobre sus manifestaciones fisiológicas y somáticas. Siguiendo a LeDoux (1996) cuando hablamos de las acciones emocionales voluntarias nos referimos a los sentimientos<sup>233</sup>.

Las emociones pueden desencadenarse por muy diversas vías, tanto por procesos intra como interpersonales en los que predominan bien los factores

endógenos, bien los exógenos, más comúnmente los factores de origen neural, afectivo y cognitivo (Izard, 1991). La cultura ejerce también un importante papel mediador sobre los acontecimientos inter e intrapersonales que anteceden a una emoción, ya que muchos de ellos son aprendidos socialmente<sup>237</sup>.

El etiquetado de las emociones está limitado por el dominio del lenguaje, dado que la introspección a veces es el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, las limitaciones del lenguaje imponen serias restricciones a este conocimiento, pero al mismo tiempo dificulta la toma de conciencia de las propias emociones<sup>237</sup>.

Martinez (2009)<sup>231</sup> recoge las aportaciones de Barrett, Ochsner y Gross, (2007) que consideran la emoción como un proceso en el que los sistemas evaluativos son regidos por procesos automáticos y controlados, implica la participación de al menos cinco sistemas neuronales distintos, jugando un papel diferente cada sistema, pero esencial y funcionalmente en la generación y regulación emocional. La distinción entre estas funciones y los tipos de procesamiento automático y controlado están basadas en diversa evidencias neurobiológicas.

La función de las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento emocional se puede apreciar en la tabla 2.

Bisquerra, (2003)<sup>238</sup> cita la contribución de Lang (1968), que entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y neurofisiológico/adaptativo. Lo neurofisiológico son respuestas involuntarias, que el sujeto no puede controlar (sin embargo se pueden prevenir mediante técnicas apropiadas). La observación del comportamiento de un individuo permite inferir qué tipo de emociones está

experimentando. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, volumen, ritmo, movimientos del cuerpo, etc., aportan señales de bastante precisión sobre el estado emocional. Fridja (1994), resalta que las emociones nos dicen qué hechos son verdaderamente importantes para nuestra vida<sup>231</sup>.

**Tabla 2: Función de las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento emocional. (Adaptado de Ochsner y Barrett, 2001) Fuente: Palmero y Martínez 2009.**

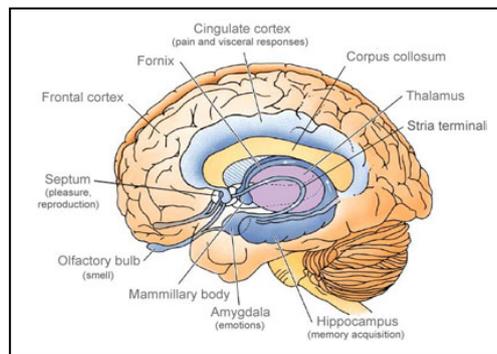
Estructura cerebral	Amígdala	Ganglios basales	Córtex Lateral prefrontal y de asociación	Córtex cingulado anterior	Córtex ventromedial y orbitofrontal
Función	Detección y aprendizaje de potenciales peligrosos.	Registro de refuerzos y adquisición de hábitos	Almacenamiento y recuperación de códigos semánticos emocionales	Monitorización de conflictos	Selección de la acción en contextos complejos.
Uso y aplicación	Detección de la activación de estímulos potencialmente peligrosos y su asociación con las correspondientes respuestas fisiológicas y conductuales	Automatización de secuencias de conducta y pensamientos que se han probado consistentes con el reforzamiento	Identificar estímulos y diferenciar sentimientos; atribuir calidad a los estímulos: estrategias regulatorias; fijar conocimientos y memorias emocionales	Monitorización de la conducta y determinación de la necesidad de cambio	Inhibir las respuestas emocionales basadas en análisis contextuales; generar reacciones afectivas basadas en análisis y juicios regulativos
Tipo de procesamiento	Automático	Automático, pero requiere atención	La recuperación puede ser automática o controlada	Detección automática del conflicto. La realización de cambios implica la toma de control	Controlado

El organismo consecuente con la evaluación-valoración consciente reacciona de manera específica y concordante con la emoción subjetivamente experimentada; igualmente con una evaluación-valoración no consciente la respuesta puede ser una reacción indiferenciada de defensa general o evitación.

Ambos tipos de respuesta fisiológica activan dos de los principales sistemas de defensa del organismo: el simpático adrenomedular y el adenohipofisario adrenocortical (Lang, Bradley y Cuthbert, 1998). En estudios más específicos se han podido establecer ciertas particularidades de emociones específicas. Así en el miedo se produce un importante incremento en la secreción de epinefrina, mientras que en la ira se incrementa especialmente los niveles de norepinefrina (Henry, 1996)<sup>231</sup>.

Las estructuras neuroanatómicas más directamente implicadas en la emoción se ubican en el sistema límbico que incluye el hipotálamo, el septum, la circunvolución del cíngulo, la corteza entorrineal, parte de la amígdala y del tálamo anterior. Este sistema es evolutivamente la parte más antigua del cerebro de los mamíferos, y participa en los procesos relacionados con la memoria, la motivación y expresión emocional, así como en el comportamiento sexual y social. El sistema límbico recibe proyecciones de todos los receptores sensoriales.

Las principales estructuras límbicas se pueden observar en la figura siguiente:



**Figura 5: Sistema límbico. Estructuras neuroanatómicas.**

Martinez F, expresa la descripción de Dalmasio (1998)<sup>235</sup> de la secuencia coordinada que sigue la respuesta fisiológica:

1º) activación de los núcleos del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) que envían señales al cuerpo a través de los nervios periféricos, lo que provoca que las vísceras actúen en el modo compatible con la situación que causa la respuesta;

2º) envío de señales al sistema motor, por lo que los músculos esqueléticos configuran las características definitorias (faciales y posturales) compatibles con cada emoción;

3º) activación de los sistemas endocrino y péptidos, cuyos cambios favorecen globalmente el proceso de activación emocional y finalmente,

4º) se liberan neurotransmisores del tallo cerebral y prosencéfalo liberando sus mensajes químicos a varias regiones del telencéfalo (principalmente los ganglios basales y la corteza).

La expresión emocional es la comunicación y exteriorización de las emociones mediante la expresión facial y otra serie de procesos de comunicación no verbal como los cambios posturales o la entonación vocal. Además de las funciones en su dimensión social facilitadora de la integración de quienes comparten un sistema característico de códigos, signos y expresiones; la expresión emocional cumple otras funciones como la de controlar la conducta del receptor, ya que permite a éste anticipar las reacciones emocionales y adecuar su comportamiento a la situación. Implica la existencia de una serie de reglas que gobiernan las emociones: constitutivas, regulativas y procesuales (Averill, 1994, citado por Martínez)<sup>231</sup>.

Para concluir, el estudio de los mecanismos que subyacen al procesamiento de la información emocional y su relación con los procesos cognitivos, se basa en la consideración de las emociones, no sólo como mecanismos indispensables para la supervivencia del organismo (Darwin, 1872, citado por Martínez)<sup>231</sup>, sino también como procesos adaptativos capaces de motivar la conducta, ayudar a los procesos de memoria a almacenar y evaluar acontecimientos relevantes, focalizar la atención en

un número limitado de opciones, favorecer la toma de decisiones e influir en la determinación final de nuestro comportamiento.

Desde esta perspectiva, las emociones representan una fuente de información útil acerca de las relaciones que se establecen entre el individuo y su medio. El hecho de poseer determinadas habilidades para reflexionar acerca de esta información e integrarla en nuestro pensamiento, puede suponer un requisito importante a la hora de manejar nuestras vidas y de favorecer una adecuada adaptación social y emocional (Mayer et al., 1997)<sup>14</sup>(2001)<sup>244</sup>.

De esta forma, Martínez<sup>231</sup> destaca a Mozar et al. (2007) que consideran, desde una perspectiva interdisciplinar, que el concepto de inteligencia emocional integraría diversos aspectos de la conducta entre los que destacan la emoción, el sentimiento y la cognición como expresiones del funcionamiento de ciertas áreas subcorticales y corticales del cerebro, así como las variadas interconexiones existentes entre ellas y que intervienen en uno u otro componente de lo que se entiende por emoción, afecto o humor.

#### 3.3.2.1.3.- Competencia y Educación Emocional.

En la literatura aparecen estudios sobre la IE, competencia emocional y educación emocional que puede llevar a una cierta confusión entre ellos, por tanto vamos a intentar aclarar estos conceptos.

El concepto de competencia debido a su complejidad está en revisión, desde una visión integral Alberici y Serreri (2005): conciben la competencia como “*la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia*”<sup>239</sup>.

Hay diferentes clases de competencias que se pueden ser agrupadas en dos dimensiones: competencias de desarrollo técnico-profesional y competencias de desarrollo socio-personal.

Bisquerra (2007) entiende las competencias emocionales o socioemocional como “*el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales*”<sup>240</sup>. La finalidad de estas competencias se orienta a aportar valor añadido a las funciones profesionales y promover el bienestar personal y social. Este mismo autor, en 2009, presenta un modelo de competencias emocionales que estructura en cinco grandes competencias o bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, competencia social y habilidades de vida para el bienestar<sup>241</sup>.

Investigadores como Salovey y Sluyter (1997)<sup>242</sup> identifican cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol. Estas dimensiones se solapan con el concepto de IE, tal como lo define Goleman (1995), que dividió en cinco dominios –autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales- que a su vez incluían la existencia de veinticinco competencias. En la revisión de dicha propuesta, siete años más tarde, Goleman et al. (2002)<sup>243</sup>, proponen tan solo cuatro dominios -conciencia de uno mismo, autogestión, conciencia social y gestión de las relaciones- y dieciocho competencias.

Posteriormente, Mayer, Salovey y Caruso (2001) aportan evidencia empírica para que la inteligencia emocional pueda conceptualizarse como una competencia del trabajo emocional<sup>244</sup>.

La competencia emocional pone el énfasis en la interacción entre persona y ambiente, y como consecuencia confiere más importancia al aprendizaje y desarrollo. Por tanto tiene unas aplicaciones educativas inmediatas.

En este sentido, Bisquerra entiende la educación emocional como *“un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida”*. El objetivo de la educación emocional es el desarrollo de competencias emocionales: conciencia emocional, regulación emocional, autogestión, inteligencia interpersonal, habilidades de vida y bienestar<sup>240, 241</sup>.

Con los estudios revisados se puede concluir que el concepto de IE es centro de interés y discusión en numerosas investigaciones, en proceso de reformulación dentro del campo de la psicología, que ha sido defendido por Mayer y Salovey (1990, 1997)<sup>14</sup>, Goleman (1995)<sup>243</sup> y Bar-On (2000)<sup>186</sup> entre otros. Publicaron aproximaciones al concepto de lo más diversas, propusieron sus propios componentes de la IE y elaboraron herramientas para evaluar el concepto. Aunque la mayoría de ellos discrepa en las habilidades que debe poseer una persona emocionalmente inteligente, todos están de acuerdo en que estos componentes, le hacen más fácil y feliz su vida. Lo que no se pone en duda es la existencia de competencias emocionales<sup>240- 244</sup>.

En este debate hay un punto de acuerdo: la importancia y desarrollo de competencias emocionales y la educación emocional tiene como objetivo contribuir a este desarrollo.

### 3.3.2.2.- Modelos de Inteligencia Emocional

La IE en apenas dos décadas de vida científica, desde su inicio con Salovey y Mayer en 1990<sup>230</sup>, pasando por Goleman, a quien se debe su popularidad, con su bestseller “Inteligencia Emocional” en 1995, se ha convertido en un fructífero campo de investigación con diversos planteamientos teóricos y de evaluación, así como interés por el estudio de las posibles implicaciones del constructo en importantes áreas del funcionamiento de las personas<sup>245</sup>.

Las distintas aportaciones teóricas realizadas hasta el momento, denotan una pluralidad de concepciones sobre la IE, atendiendo a las distintas habilidades que forman parte del constructo. Algunos autores abogan por un marco amplio de la IE, en la cual incluyen todo lo que no queda contemplado en la inteligencia académica, como control del impulso, automotivación, relaciones sociales, etc.<sup>186, 242</sup>, combinan o mezclan habilidades mentales con rasgos estables de comportamiento y variables de personalidad (como asertividad, optimismo, etc.).

Otros como Mayer y Salovey<sup>244</sup> se inclinan más por un concepto restrictivo de IE, quienes consideran que los conceptos científicos son específicos y restrictivos y que en la medida que dejan de serlo pasan a ser divulgaciones acientíficas. Estos autores se centran en las habilidades mentales, que permiten utilizar la información que nos proporcionan las emociones para mejorar el procesamiento cognitivo, modelo de habilidad.

Para los autores del modelo de habilidad<sup>245</sup>, la IE debe considerarse separada de los rasgos estables de personalidad, para poder determinar y analizar el grado en que influyen en el comportamiento de las personas y en su competencia general.

A lo largo de la última década se ha creado una clara distinción entre dos modelos teóricos de IE, aunque en lo referente a los elementos que integran los diferentes modelos de IE tienden a ser complementarios más que contradictorios entre sí<sup>246,247</sup>.

El análisis de las definiciones aportadas por los diferentes autores permite concluir que hay claras divergencias en el concepto que se tiene de la IE<sup>14, 219, 243, 247</sup>. Así mismo, para Petride y Furnham (2000)<sup>248</sup> los modelos más destacados tienden a compartir muchas dimensiones o facetas clave.

Mayer et al., (2000)<sup>220</sup> agruparon las propuestas teóricas planteadas en dos modelos teóricos:

1.- Modelo de habilidad: Mayer y Salovey (1997,2000), conciben la IE como habilidad, tienen en cuenta el procesamiento de la información emocional y las capacidades relacionadas con dicho procesamiento, enfocado en las habilidades emocionales básicas<sup>14, 220</sup>.

2.- Modelo mixto o de rasgos: denominado así por aquellos investigadores que combinan rasgos de personalidad como asertividad, optimismo, etc., con habilidades emocionales (Bar-On, 2000; Goleman, 2002)<sup>243, 247</sup>.

Esta diferencia de modelos es de gran relevancia, ya que según los modelos de habilidad, los diferentes habilidades relacionadas con la IE se podrían mejorar a través de diversos programas de entrenamiento especializados, mientras que según los modelos de rasgos o mixtos, algunos aspectos relacionados con la propia personalidad son difícilmente modificables<sup>243</sup>.

En la tabla 3 se presenta esquematizado los modelos de habilidad y el mixto o de rasgos que se han desarrollado a partir de las investigaciones de diversos autores.

Los modelos mixtos se centran en rasgos de comportamiento estables y variables de personalidad (empatía, asertividad, impulsividad, optimismo) así como otras muchas variables sin ninguna constatación de su verdadera vinculación con la IE<sup>247, 250</sup>.

**Tabla 3: Modelos de la IE. Fuente: Adaptado de Ramos et al., 2012.**

Mayer y Salovey (1997)	Goleman (1995)	Bar-On (1997)
<b>Modelo de Habilidad</b>	<b>Modelo Mixto</b>	<b>Modelo Mixto</b>
Definición	Definición	Definición
IE es un conjunto de habilidades que explican las diferencias individuales en el modo de percibir y/o comprender nuestras emociones. Mas formalmente, es la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud La habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento para comprender emociones y razonar emocionalmente, y finalmente la habilidad para regular emociones propias y de los demás. (Mayer y Salovey, 1997, p.10)	IE incluye auto-control, entusiasmo, persistencia, y la habilidad para motivarse a uno mismo. Hay una palabra pasada de moda que engloba todo el abanico de destrezas que integran la IE: el carácter. (Goleman, 1995, p.28)	IE es un conjunto de capacidades no-cognitivas competencias y destrezas que influyen en nuestra habilidad para afrontar exitosamente las presiones y demandas ambientales. (Bar-On, 1997, p.14)
<b>Habilidades integrantes</b>	<b>Habilidades integrantes</b>	<b>Habilidades integrantes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción evaluación y expresión de las emociones</li> <li>- Facilitación emocional en el pensamiento</li> <li>- Comprensión y análisis de las emociones</li> <li>- Regulación reflexiva de las emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoconciencia de la emociones</li> <li>- Autorregulación</li> <li>- Automotivación</li> <li>- Empatía</li> <li>- Gestión de las relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades intrapersonales</li> <li>- Habilidades interpersonales</li> <li>- Adaptabilidad</li> <li>- Manejo del estrés</li> <li>- Estado de ánimo general</li> </ul>

En esta línea Goleman parte de una conceptualización más amplia al considerar la IE como una combinación de características estrechamente relacionadas con la personalidad distinta del CI, y que suele estar relacionada con competencias ligadas al logro académico y profesional<sup>251, 246</sup>.

Goleman (1995) realiza una interpretación del concepto en su libro *Inteligencia Emocional* en la que incluye cinco componentes básicos: 1) autoconciencia emocional, 2) manejo de las emociones, 3) automotivación, 4) empatía y 5) habilidades sociales, aunque posteriormente incluye otro conjunto de características de personalidad (autoconciencia, control de impulsos, manejo de estrés), rasgos motivacionales (auto-motivación) o áreas comportamentales (manejo de las relaciones interpersonales)<sup>246</sup>. El punto de vista de Goleman (1995) probablemente sea el que se haya difundido más.

Desde este modelo mixto, Bar-On, (1997)<sup>247</sup> conceptualiza la inteligencia emocional como un constructo que incluye tanto aspectos de personalidad como la habilidad para percibir, asimilar, comprender y manejar las emociones. Los agrupa en cinco componentes: intrapersonal; interpersonal; adaptación; manejo del estrés y estado de ánimo general. Estos incluyen quince factores., de ellos identifica diez factores básicos, necesarios para la existencia de la IE, así como cinco factores facilitadores para la promoción de aquellos. Los factores básicos serían: autoestima; autoconciencia emocional, asertividad, empatía, relaciones interpersonales, tolerancia al estrés, control de impulsos, prueba de la realidad, flexibilidad y solución de problemas). En cuanto a los factores facilitadores son: optimismo, autorrealización, felicidad, independencia emocional y responsabilidad social).

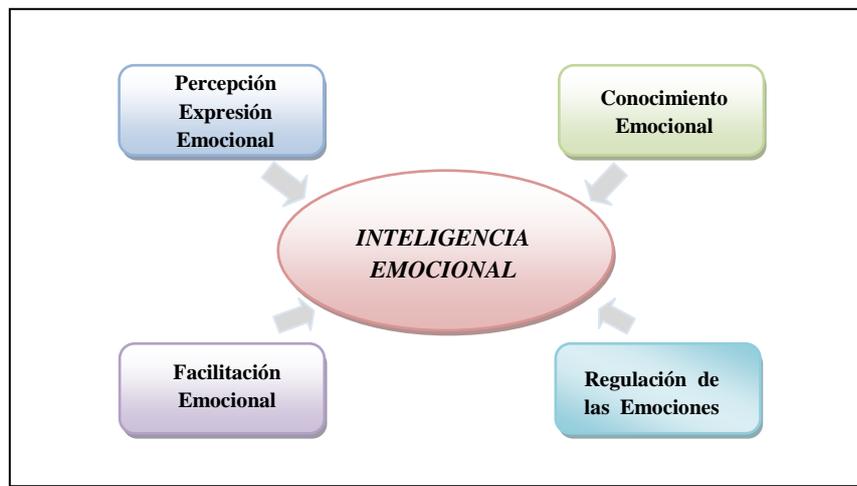
El Modelo de habilidad o del procesamiento emocional de la información; entiende la IE como el conjunto de habilidades que permiten el uso adaptativo de las

emociones, es decir, percibir, comprender y regular nuestros estados afectivos y utilizar la información emocional para mejorar los procesos cognitivos. Desde esta perspectiva se enfatiza la importancia de este conjunto de habilidades de carácter cognitivo para una adaptación adecuada al medio<sup>252</sup>.

Los autores plantean el modelo como un conjunto de habilidades que abarcan desde los procesos psicológicos más básicos (percepción de las emociones con exactitud) hasta los más complejos (regulación de las emociones y promoción del crecimiento emocional e intelectual. Fernandez-Berrocal et al. (2002), defiende que esta inteligencia no puede ser entendida como un rasgo de personalidad, aunque puede existir cierta interacción entre ambas<sup>253, 254</sup>.

La IE es concebida por Mayer y Salovey (1993) como una inteligencia genuina, basada en el uso adaptativo de las emociones, de manera que el individuo pueda solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio<sup>14</sup>. Desde esta primera conceptualización los autores desarrollan su modelo teórico, convirtiéndose en el de mayor rigor científico. Se centra en la capacidad para procesar información afectiva, e incluye un conjunto de habilidades relacionadas con el procesamiento emocional de la información. Mayer y Salovey (1995) consideraron que sus primeras definiciones de la IE eran restrictivas y no incluían aspectos cognitivos, así pasan a ampliar y redefinir el concepto de la IE como sigue: *“la IE implica la habilidad para percibir, valorar y expresar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual”*. Mayer y Salovey (2001)<sup>244</sup>.

Los autores plantean el modelo como un conjunto de habilidades, con cuatro ramas, que abarcan desde los procesos psicológicos más básicos (percepción de las emociones con exactitud) hasta los más complejos (regulación de las emociones y promoción del crecimiento emocional e intelectual). Estas habilidades se desarrollan jerárquicamente de forma secuencial en función de la edad y de la maduración cognitiva.



**Figura 6: Modelo de IE de Mayer y Salovey. Fuente: Fernandez- Berrocal 2009.**

Por tanto se trata de un modelo jerárquico en el que para llegar a las habilidades de mayor complejidad, como el manejo emocional, son necesarias cada una de las habilidades previas más elementales<sup>242, 253</sup>.

En la figura 6 se muestra el Modelo de IE de Mayer y Salovey.

A continuación, definimos cada una de las las cuatro ramas, habilidades del modelo: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional.

La primera rama, la percepción, valoración y expresión de las emociones, hace referencia a la exactitud con la que los individuos pueden identificar en uno mismo los correlatos fisiológicos y cognitivos que las emociones conllevan. Asimismo, las

emociones pueden ser reconocidas en otras personas y objetos (obras de arte, sonidos...).

En esta rama se incluye, además, la capacidad para expresar emociones de una manera adecuada y expresar las necesidades relacionadas con esos sentimientos, así como para discriminar con precisión la honestidad o no de las emociones expresadas por los otros. Los individuos que saben acerca de la expresión y manifestación de emociones también son sensibles a las expresiones emocionales falsas o manipulativas que muestran otras personas Berrocal (2009)<sup>253</sup>.

La segunda rama, la emoción como facilitadora del pensamiento, hace referencia a cómo las emociones actúan sobre nuestro pensamiento y nuestra forma de procesar la información. Las emociones van a determinar y mejorar el pensamiento porque dirigen la atención de los individuos hacia la información importante. Las emociones son tan intensas y disponibles que pueden ser generadas como ayuda del juicio y de la memoria sobre los sentimientos. Las variaciones emocionales nos van a permitir adoptar diferentes puntos de vista y múltiples perspectivas de los problemas.

La tercera rama del modelo, comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional, hace referencia a la capacidad para comprender las emociones y utilizar el conocimiento emocional. Incluye la capacidad para etiquetar las emociones (significante) e identificar las relaciones que se dan entre palabras y el significado de la emoción. Abarca también la habilidad para comprender sentimientos complejos, así como aquellos que se producen de modo simultáneo; y la habilidad para reconocer las transiciones entre emociones.

La cuarta rama del modelo, la regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual, se refiere al proceso emocional de mayor complejidad e incluiría la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto agradables, como los que resultan menos placenteros. Para que podamos aprender de las emociones es necesario que atendamos a los sentimientos positivos y negativos. De ahí que la primera habilidad dentro de esta rama sea la apertura a los sentimientos. Incluye la capacidad para reflexionar sobre las emociones, descartando o utilizando la información que nos proporcionan en función de su utilidad.

Incluye, también, la habilidad para manejar las emociones en uno mismo y en los demás, moderando las emociones negativas y aumentando las positivas, sin reprimir o exagerar la información que ellas conllevan<sup>253</sup>.

#### 3.3.2.3.- Evaluación

Para evaluar la IE según el modelo de habilidad de Salovey y Mayer existen dos procedimientos diferentes, prueba de autoinforme o medida de la IE rasgo y test de ejecución o habilidad<sup>254, 255, 256</sup>.

El Trait Meta-Mood Scale ó Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional (TMMS) de Salovey et al. de 1995 es un cuestionario de autoinforme que mide el nivel de Inteligencia Emocional Percibida (IEP), proporciona una estimación personal sobre los aspectos reflexivos de nuestra experiencia emocional. A través de sus ítems evalúa las diferencias individuales en las destrezas con las que los individuos perciben prestar atención a sus propias emociones, discriminar entre ellas y su capacidad para regularlas<sup>257</sup>.

El TMMS contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional intrapersonal: Atención a los propios sentimientos (*“Pienso en mi estado de ánimo*

*constantemente*”), Claridad emocional (“*Frecuentemente me equivoco con mis sentimientos*”) y Reparación de las propias emociones (“*Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista*”)<sup>257</sup>.

Este cuestionario ha sido uno de los más utilizados en el ámbito científico. La versión clásica contiene 48 ítems, aunque hay versiones reducidas de 30 y de 24 ítems (Salovey et al., 1995), está adaptado al castellano por Fernández-Berrocal, Alcaide, Domínguez, Fernández-McNally, Ramos y Ravira (1998)<sup>258-260</sup>.

El grupo de investigación de Salovey ha realizado posteriormente una aclaración terminológica sobre el TMMS. Las puntuaciones que se obtienen a través de esta prueba, hacen referencia a las percepciones que tienen las personas sobre sus propias habilidades emocionales, más que a los niveles reales de IE. Por ello, prefieren denominar estas puntuaciones como índice de Inteligencia Emocional Percibida (IEP), con la intención de diferenciar esta IE de aquella otra que se obtiene mediante pruebas de ejecución o de habilidad (Salovey et al., 2002)<sup>261</sup>. Estos autores consideran que los cuestionarios de IE pueden verse afectados por los propios sesgos perceptivos de la persona y, además, también es posible la tendencia a falsear la respuesta para crear una imagen más positiva.

A pesar de ello, es indiscutible la utilidad de las medidas de auto-informes en el terreno emocional, sobre todo para proporcionar información sobre las habilidades intrapersonales y comportamientos autoinformados de los sujetos. Puesto que el mundo emocional es interior, uno de los métodos más eficaces para conocer al propio sujeto, a pesar de sus sesgos, es preguntándole sobre cómo se siente, qué piensa, o cómo le afectan determinados sucesos que ocurren.

Como ya hemos comentado, con este método las personas se valoran a sí mismas en su capacidad percibida en distintas competencias y destrezas emocionales.

Para evaluar IEP en nuestro contexto, se utiliza la versión castellana de Fernández Berrocal et al., (2004) del cuestionario TMMS-24 de Mayer y Salovey<sup>258</sup>,  
259 .

Además Mayer y Salovey desarrollaron dos medidas de ejecución o habilidad de IE con el objetivo de evitar la falsación de las respuestas por los propios sujetos en los tests de autoinforme. Elaboraron el MEIS (Mayer, Caruso y Salovey, 1999) basado en el modelo de Salovey y Mayer (1990) y su versión mejorada el MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2002), para evaluar cómo rinden las personas en las tareas y resuelven los problemas emocionales<sup>261</sup>.

Estas medidas abarcan las cuatro áreas de la IE propuesta en la definición de Mayer y Salovey (1997): 1) percepción emocional; 2) facilitación emocional; 3) comprensión emocional y 4) regulación afectiva.

En la medida que la IE es considerada una forma de inteligencia como la inteligencia verbal, espacial o matemática, los autores consideran que puede evaluarse mediante diferentes tareas emocionales, de la misma manera que el cociente intelectual (CI) puede evaluarse a través de las habilidades puestas en práctica.

Con esta medida se obtiene indicadores de ejecución en habilidades emocionales concretas que pueden ser educadas y entrenadas posteriormente. Permite, además, evitar sesgos perceptivos y son más difíciles de distorsionar, debido a su formato.

Esta medida también presenta sus limitaciones: todavía requiere mejorar sus propiedades psicométricas, las pruebas son muy contextuales y deben adaptarse en función de la población que se vaya a evaluar y por último, estos cuestionarios requieren de mayor tiempo para su cumplimentación, lo cual implica que pueden encontrarse sesgos en las respuestas ocasionadas por el cansancio, y para algunos autores más que una medida de IE actual, el MESCEIT proporciona una medida de conocimiento para utilizar estrategias emocionales<sup>261</sup>.

Además de los mencionados existen un amplio número de medidas de la IE. Detacamos el EQ-i (Inventario de Cociente Emocional) de Bar-On, de 1997, es una de las medidas de rasgo que presenta buena fiabilidad y es ampliamente utilizado en la literatura<sup>186, 247</sup>. Otra escala es la SEIS; (Escala de Inteligencia Emocional) de Shutte et al., 1998; que puede ser empleado como una medida breve de IE rasgo global.

El Emotional Competence Inventory (ECI) de Boyartzis et al., de 1999, mide competencias emocionales que generalmente se vinculan con la IE<sup>250</sup>

El Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) de Petrides y Furnhan, 2003. Está basado en la teoría y en el modelo de rasgo, en el marco de la IE como un rasgo de personalidad<sup>248</sup>.

#### 3.3.2.4.- Inteligencia Emocional e Investigación

Los estudios sobre IE han mostrado su influencia positiva en diferentes ámbitos de la vida cotidiana y profesional. Así las personas emocionalmente inteligentes aparecen en los estudios con mejor salud física y mental, mayores niveles de bienestar y satisfacción vital, menos conductas de riesgo, como consumo

de drogas, así como mejores relaciones interpersonales y sociales tanto en el contexto profesional como personal.<sup>244</sup>

En la literatura revisada aparecen abundantes estudios empleando el EQ-i: (Bar-On, 2002) para medir la IE; mientras que otros han empleado instrumentos de ejecución o de capacidad mediante el MSCEIT (Mayer et al.,) y también pruebas de autoinforme o IEP mediante el TMMS-24 (Mayer y Salovey 1997), que exploran la IE con distintas variables; los estudios que relacionan IE con burnout son más escasos<sup>263</sup>.

Debido a su relación con nuestro estudio, veremos las investigaciones que aplicaron pruebas de autoinforme o IEP, mediante el TMMS-24.

Numerosos artículos señalan que la IEP está relacionada con el afrontamiento al estrés y la regulación del estado de ánimo, siendo la dimensión de claridad emocional y la reparación, las variables que se relacionan con la regulación emocional y el afrontamiento adecuado en situaciones estresantes<sup>264</sup>. Así, la alta reparación emocional es un indicador de comunicación interpersonal, de realización personal, de salud mental y de regulación emocional. Del mismo modo, la claridad emocional o capacidad para identificar los sentimientos y para expresarlos o comunicarlos está asociada al bienestar psíquico y físico, el apoyo social, la realización personal y se relaciona con estrategias de afrontamiento de tipo instrumental<sup>264</sup>.

Otros investigan sobre diferencias de género en IE ante situaciones de estrés, los resultados son dispares<sup>265</sup>. Mientras que Brown y Schutte (2006)<sup>266</sup> no aportan datos claros; otros indican que las mujeres informan de mayores niveles en la dimensión de atención emocional ante situaciones de estrés, que su actitud hacia los

problemas es de tipo rumiativo, centrado en las propias emociones, pero también en la empatía hacia los demás, frente a los hombres que presentan una mayor regulación o reparación emocional.(Fernández-Berrocal et al., 2004; Molero y Ortega, 2011)<sup>267</sup>.

Extremera y Fernández-Berrocal (2005) en los primeros estudios en España indican resultados similares, las mujeres se caracterizan por tener una mayor tendencia a focalizar y atender a sus sentimientos y a ser más rumiativas. Por el contrario, los hombres tienen una mayor capacidad para regular sus estados emocionales negativos y por tanto una mejor salud mental<sup>260</sup>.

Estos resultados apoyan los hallazgos obtenidos por Molero y Ortega (2011) que señalan una relación positiva y significativa entre género e IE, siendo las puntuaciones de las mujeres significativamente superiores a los de los hombres en la dimensión percepción emocional<sup>267</sup>.

Resaltar que, Fernández-Berrocal et al., (2012)<sup>268</sup> obtienen resultados discordantes, según ellos las diferencias de sexo inicialmente halladas en IE, (evaluada con el MESCEIT) quedan mediadas totalmente por la edad en las ramas facilitación y comprensión, el área estratégica y la puntuación total y, de forma parcial en manejo emocional. Con estos datos los autores sugieren que es necesario ser cautelosos a la hora de concluir que el sexo es determinante en la IE de las personas, sin haber examinado las posibles interacciones que puedan establecer el sexo con otras variables en su predicción<sup>268</sup>.

En el ámbito médico, un estudio de Ortiz R., (2011)<sup>269</sup> que analiza la relación entre los niveles de IEP y desgaste laboral en médicos internos de pregrado en Méjico, encontró que el factor de atención emocional se relaciona negativamente con agotamiento, claridad correlaciona de manera positiva con reparación emocional y realización personal, y de forma negativa con agotamiento y despersonalización.

Reparación de las emociones correlaciona de forma negativa con agotamiento y despersonalización, y de manera positiva con realización personal. Los análisis de regresión revelaron que el desgaste laboral del médico de pregrado se explicaba por una baja atención emocional y falta de claridad en sus emociones<sup>269</sup>.

En cuanto a las investigaciones realizadas en el ámbito de la enfermería, Preciado y Chávez (2010)<sup>270</sup> en su estudio para identificar la relación entre factores psicosociales del trabajo e IE en estudiantes de enfermería, encuentran asociación entre dos de los factores psicosociales relacionados con la actividad profesional de enfermería (contenido de la tarea y relaciones interpersonales) y la dimensión de claridad emocional de la TMMS24. Los estudiantes consideran necesaria la IE para el desempeño satisfactorio de su rol laboral futuro<sup>270</sup>.

Augusto-Landa y Montes-Berges (2009)<sup>271</sup> realizaron una investigación con estudiantes de enfermería de primer curso, analizando la relación entre IEP, variables de salud y sintomatología. La dimensión de reparación emocional correlacionó positivamente con los componentes de funcionamiento social, salud mental, vitalidad y nivel de salud general.

En otro estudio Augusto Landa et al., (2009)<sup>272</sup> examinan el papel de la IEP en el autoconcepto de los estudiantes de Enfermería una vez controlada la personalidad. Observan que las dimensiones de claridad y regulación de las emociones se asocian positivamente con las distintas dimensiones del auto concepto, mientras que la dimensión de atención a las emociones muestra una asociación negativa con el autoconcepto<sup>272</sup>

Aguilar-Luzón y Augusto-Landa, (2009)<sup>273</sup>, en una investigación con estudiantes de diplomatura, examinan la relación entre la IEP, los rasgos de

personalidad y la empatía. Encuentran que los rasgos de personalidad y la IEP predicen la capacidad empática de los estudiantes. La atención a las emociones se asoció positivamente con el rasgo neuroticismo y con las dimensiones de empatía, de implicación empática, malestar personal y fantasía. Los estudiantes que se perciben más capaces de distinguir sus experiencias emocionales, también se perciben más capaces de regular sus emociones. El metaconocimiento de la propia experiencia emocional parece actuar como base para la comprensión de las emociones en los demás. La IEP explica únicamente la varianza de la dimensión implicación empática<sup>273</sup>.

Sanjuán Quiles y Ferrer Hernández (2008)<sup>274</sup> realizaron un estudio con estudiantes de enfermería en prácticas en un Hospital General de la red pública de Alicante, para conocer el perfil emocional de los estudiantes y su relación con el rendimiento, indican que la mayor parte de los varones del estudio (68,75%) creen prestar atención adecuada a sus emociones y sentimientos y contar con una adecuada claridad emocional y consideran llevar a cabo una adecuada reparación emocional (62,5%). El 84,28% de las mujeres de la muestra informan de una adecuada atención emocional; una claridad emocional adecuada (71,42%), mientras que el 58,33% se perciben a si mismas con adecuada reparación emocional. El 30% de los varones necesita mejorar en la atención que prestan a las emociones y la claridad con que las comprenden. Concluyen que tanto hombres como mujeres precisan mejorar en la reparación emocional; y que existe una relación entre formación/rendimiento y control de las emociones con la satisfacción en las prácticas clínicas<sup>274</sup>.

Por último, el estudio de Colell Brunet (2006)<sup>275</sup> realizado con estudiantes de enfermería, pertenecientes a 3 escuelas de de Cataluña y Andalucía, para detectar la relación entre IE y motivación para trabajar con enfermos al final de su vida,

evidencian que existen diferencias en los niveles de comprensión y regulación de las emociones entre los alumnos de las distintas comunidades autónomas: los andaluces puntúan más alto que los catalanes. Los estudiantes con elevadas puntuaciones en las dimensiones comprensión y regulación emocional de la TMMS24 muestran un mayor deseo de trabajar con enfermos terminales, un menor miedo a la muerte y a los muertos<sup>275</sup>.

Estas conclusiones son similares a las encontradas en estudios realizados en enfermería en otros países<sup>276-280</sup>.

Entre los estudios que analizan las variables de IEP y burnout, destacamos a Extremera et al., (2003)<sup>281</sup> según estos autores las emociones y la capacidad del individuo para regularlas juegan un papel primordial, estableciendo que las personas con alta percepción en su regulación emocional presentan menor cansancio emocional, menor despersonalización y mayor realización personal en el trabajo.

En cuanto a los estudios que relacionan IE y burnout en enfermería son más escasos, Limonero et al.<sup>263</sup> analiza el papel moderador de la IEP en el estrés laboral de profesionales de enfermería. Los principales resultados obtenidos muestran que el cuestionario de estrés laboral enfermera (NSS) correlaciona negativa y significativamente con los componentes Comprensión y Regulación de la IEP, mientras el componente Atención no correlaciona significativamente con esta escala o alguno de sus factores; y los sujetos con altas puntuaciones en el componente comprensión o en el de regulación de la IEP, presentan menores niveles de estrés<sup>263</sup>.

Berrios et al.,(2006)<sup>282</sup> concluyeron que los profesionales de enfermería que se perciben con alta capacidad de regulación emocional presentan puntuaciones altas en satisfacción laboral. También han relacionado de forma negativa la IE con burnout,

atribuyendo además a los factores de la IE la influencia en la tendencia a suprimir el afecto negativo y potenciar el afecto positivo<sup>282</sup>.

En otra línea de investigación Grandey, (2000)<sup>283</sup> presenta la IE como promotor del trabajo emocional al facilitar el proceso de regulación emocional que se exige al trabajador en contextos laborales, como el sanitario, para gestionar la expresión de sus emociones. Brotheridge (2006)<sup>284</sup> en una muestra de trabajadores de servicios, encontró una relación positiva significativa entre la inteligencia emocional evaluada con el MSCEIT y la actuación profunda (entendida como hacer un esfuerzo para sentir emociones que se requieren en las interacciones interpersonales) del trabajo emocional. Los trabajadores con mayores niveles de inteligencia emocional eran más propensos a percibir la necesidad de mostrar frecuentemente emociones como parte de su rol de trabajo y llevar a cabo una actuación profunda en respuesta a las demandas de la situación<sup>284</sup>.

Mc Queen (2004)<sup>277</sup> resalta la importancia de la IE en el trabajo emocional en la práctica de la enfermera, para una buena relación con los pacientes y para comprender sus necesidades con el fin de proporcionar una atención de calidad.

En conclusión, la presente investigación tomando como punto de partida el modelo psicosocial del síndrome de burnout, enfatiza la importancia del análisis del conjunto de las variables psicológicas de expectativas de control personal, la IE y los estresores profesionales que influyen en el proceso de burnout.

## *ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA*



#### 4.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

Al planificar la investigación con el objetivo de conocer el estado actual del burnout en los profesionales de enfermería, realizamos una primera búsqueda bibliográfica con diferentes descriptores, en función de las variables que queríamos estudiar. Posteriormente en septiembre de 2013 efectuamos otra búsqueda más actualizada en las bases de datos: PsycINFO, Medline e ISI Web of knowledge.

Inicialmente se efectuó en PsycINFO, con el Campo Subject Hadinss: *occupational stress*, dando 15.037 artículos, al introducir como palabras clave *psychiatric nurse or nurse*, el resultado ascendió a 20.863. A continuación unimos todo (*occupational stress and pyichiatric nurse or nurse*) y disminuyó a 1.383 artículos y finalmente, al limitar la búsqueda desde 2000 hasta 2012 (*el siglo XXI*), con estos mismos descriptores (*occupational stress and pyichiatric nurse or nurse and py*), quedó un total de 808 artículos, con los que hemos realizado el análisis bibliométrico.

A continuación realizamos el mismo proceso, pero en esta ocasión el buscador fue Medline, con los siguientes descriptores: Medical Subject Headings (MeSH) Mesh terms: (*burnout, professional and nurse*) and (*2000-2012*), los resultados ascendieron a a 533 artículos.

Finalmente el mismo proceso también se hizo en la base de ISI Web of knowledge. Se introdujeron los siguientes términos: Topic= (*burnout*) and topic (*nurses*) and *public years =2000-2012* y obtuvimos 1.207 artículos.

El número de publicaciones del año 2013 no se pudo valorar ya que en el momento de la búsqueda aún no había concluido.

De los 808 artículos publicados en PsycINFO, el año 2000 comienza con 35 sube a 45 en el 2001 para bajar y volver a ascender hasta alcanzar el pico más alto en el 2009

con 82 publicaciones, a continuación se produce un ligero descenso en la producción anual (figura 7).



Fig.7: Número de publicaciones PsycINFO

Fig.8: Número de publicaciones. Medline

Del total de 533 artículos encontrados en **Medline**, el perfil es similar al mostrado en las publicaciones de PsycINFO, en el año 2000 aparece 40 publicaciones, al año siguiente baja hasta 26 y en los siguientes años se producen picos siendo el más alto en 2009 con 56 (fig.8)

Por último, en la base de datos ISI Web of knowledge las publicaciones totales ascienden a 1.207 artículos, la productividad menor aparece en el 2003 con 34 publicaciones y sigue un progresivo aumento en los años siguientes, la más alta ocurre en 2012 con 188 (fig.9). Esta base de datos ofrece una productividad en continuo ascenso, frente a las dos anteriores que tienen su punto más álgido en el 2009.

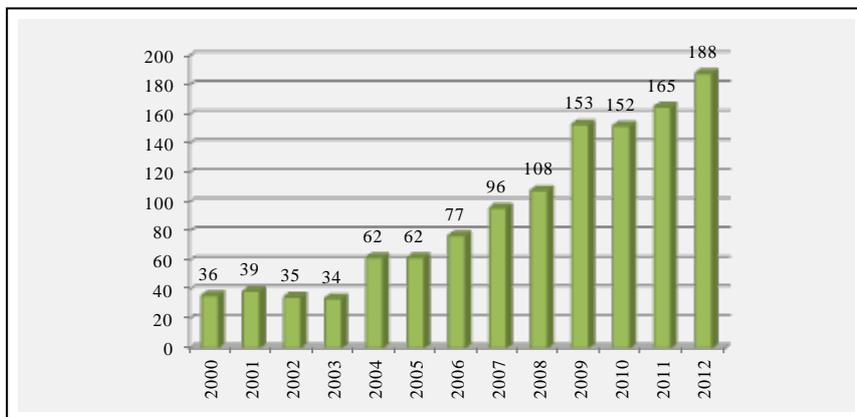


Fig. 9: Número de publicaciones. ISI Web of knowledge

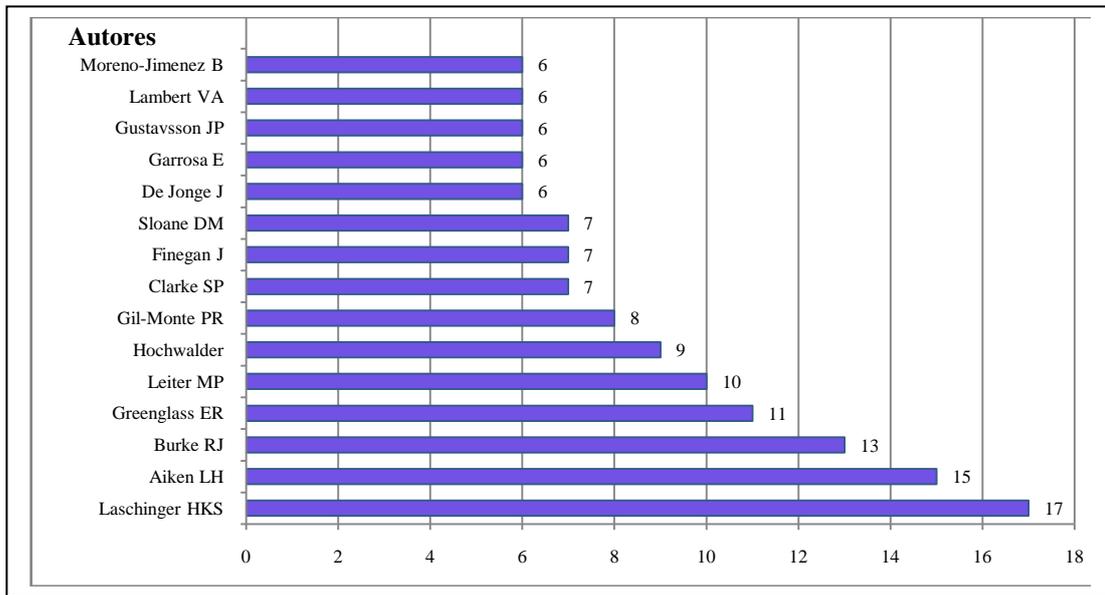
Este progresivo aumento podría explicarse por los grandes cambios que están experimentando los sistemas sanitarios en toda Europa y Estados Unidos, unido el empeoramiento de las condiciones laborales actuales por la crisis económica mundial. En este contexto, la escasez de personal de enfermería, que afecta a casi todos los países, determina un considerable aumento de la carga de trabajo del personal que permanece en sus puestos de trabajo y el consiguiente descenso de la calidad de la atención prestada<sup>46</sup>.

A continuación analizamos los autores que a lo largo de este siglo XXI han presentado un mayor número de artículos relacionados con el síndrome de burnout en enfermería. Aparecieron un total de 3.074 investigadores, como se puede apreciar en la figura 10, el autor más prolífico Heather Laschinger, la productividad de esta autora en las bases consultadas ( PsycINFO y Medline) asciende a 100 artículos, de los cuales en 17 como primer firmante, es el *Journal of Nursing Management* y en *Journal of Advanced Nursing* donde ha realizado más publicaciones. Es Profesora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad Western Ontario. Directora del Centro de Investigación de enfermería Arthur Labatt Family School of Nursing, con sede en la misma Universidad (Western Ontario) y sus líneas principales de investigación son: gestión de enfermería, burnout, satisfacción laboral y abandono.

Le sigue Linda Aiken, con 62 artículos, 15 de ellos como primer firmante en el JAMA-Journal of the American Medical Association y en el International Journal of Nursing Studies (United Kingdom) entre otros. Es Directora del Centro de Investigación sobre políticas sanitarias y de salud, Profesora en el Centro Claire M. Fagin en enfermería y sociología de la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia y lleva a cabo investigaciones sobre los profesionales de la salud y la calidad de la asistencia sanitaria en los EE.UU. y en la mayoría de los países del mundo.

Otros autores con un importante número de investigaciones son Ronald Burque con 13 artículos como primer firmante, sus publicaciones se encuentran preferentemente en la revista *Psychological Reports* y en *International Journal of Stress Management*. Es profesor de Psicología de las Organizaciones en la Escuela Schulich de la Universidad de York (North York Ontario).

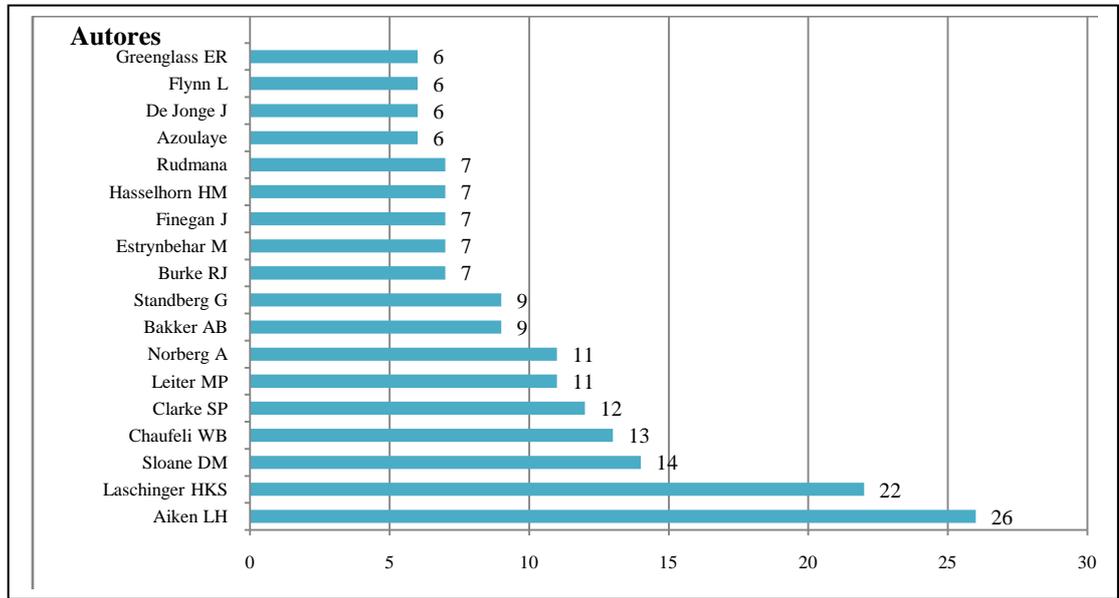
Esther Greenglas, con 11 artículos figura como primer firmante en revistas como *Applied Psychology: An International Review*. Es Profesora en la Facultad de Salud, en el Departamento de Psicología de la Universidad de York (Toronto). Sigue Michael Leiter, su productividad alcanza los 10 artículos como primer firmante, publicando mayoritariamente en la revista *Journal of Nursing Management*, Profesor de la Universidad de Acadia en Wolfville, Nueva Escocia (Canadá), especialista en Psicología de las Organizaciones.



**Fig. 10: Productividad por autores en PsyINFO y Medline**

Al cotejar estos resultados con los del buscador ISI Web of knowledge (figura 11) de nuevo destaca la Dra. Aiken con 26 publicaciones, le sigue la Dra. Laschinger con 22, Douglas M Sloane con 14, Wilmar Chaufeli con 13 y Sean P. Clarke con 12. Comprobamos la

coincidencia de estos datos en las distintas fuentes, así mismo, algunos de ellos como Aiken, Sloane, Clarke, Leiter y Bakker, son autores de algunos de los diez artículos más citados según la base de datos ISI Web of knowledge.

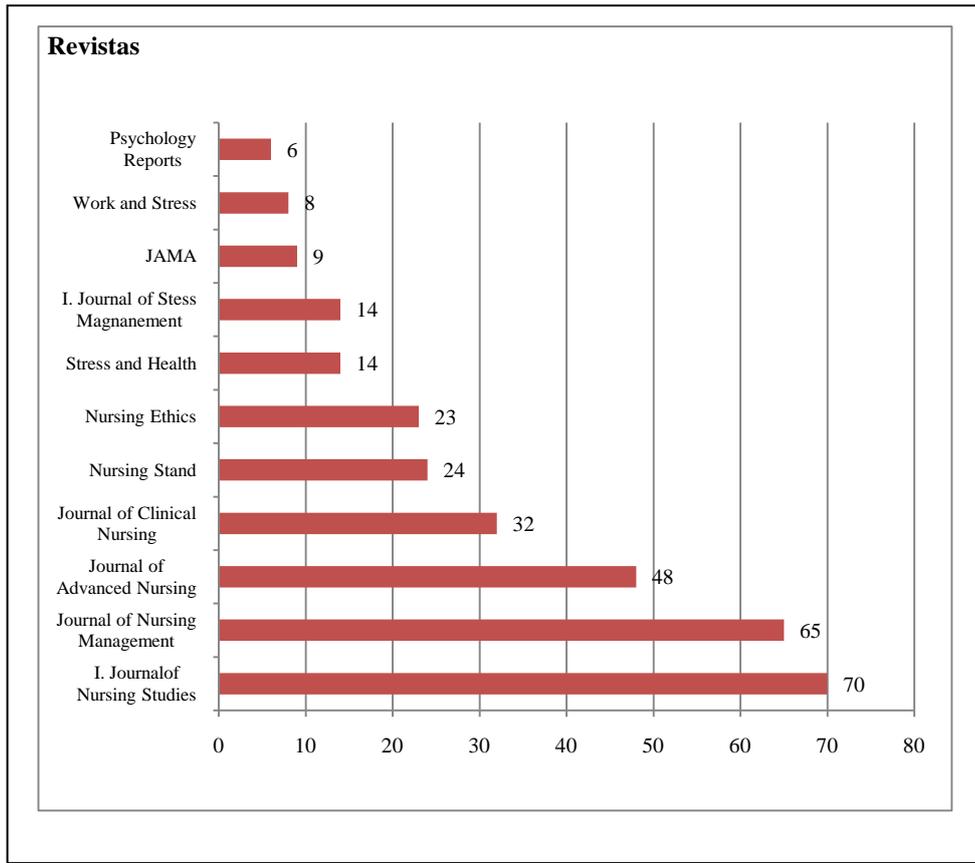


**Fig. 11: Productividad por autores en ISI Web of knowledge**

Posteriormente analizamos la productividad por revistas de los 1.341 artículos, primero en las bases consultadas (PsycINFO y Medline) se encuentran englobados en una totalidad de 434 revistas, la mayoría pertenece al área de la Enfermería (47,97%), destacamos las que superan los 20 artículos (Fig.12).

La primera es *International Journal of Nursing Studies* con 70 publicaciones, centrada en la investigación sobre la salud, la organización, métodos de gestión. Está editada por Ian Norman y su impresión es realizada por Elsevier. Tiene un factor de impacto de 2.075 en 2012.

Le sigue *Journal of Nursing Management* con 65 artículos; revista internacional que trata sobre la gestión, la innovación y el liderazgo en enfermería y salud. Editada por Hader e impresa por Lippincott Williams & Wilkins (LWW). Tiene un factor de impacto de 1.454 en 2012.



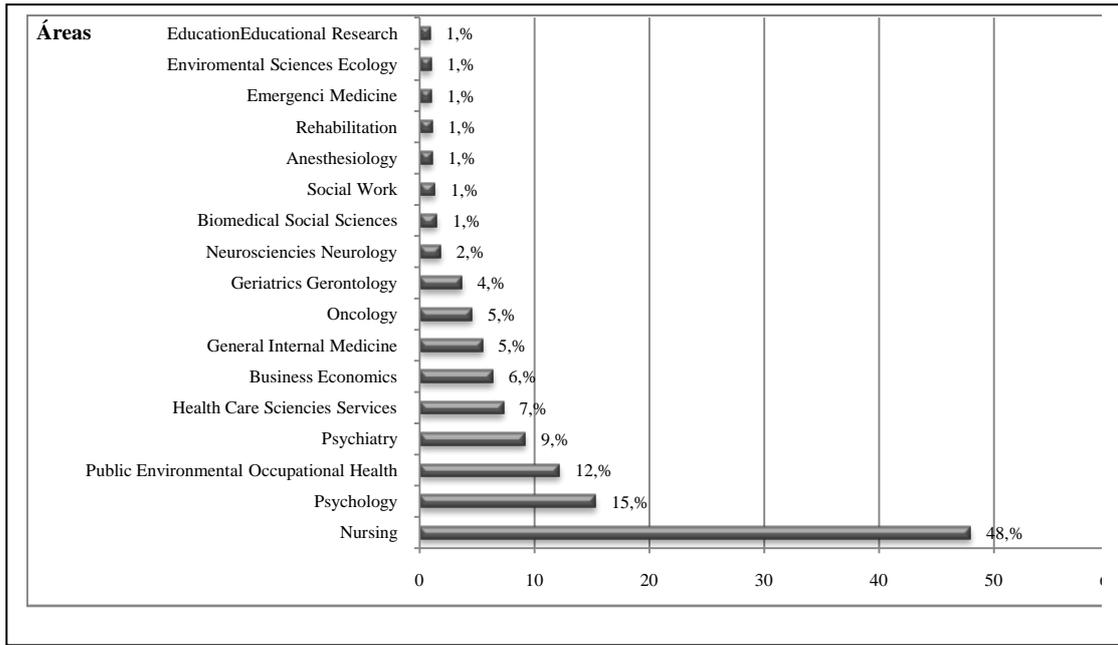
**Fig. 12: Productividad por revistas**

A continuación *Journal of Advanced Nursing*. (*JAN*) con 48 artículos. Es una revista internacional que promueve la investigación de enfermería basada en la evidencia, la obstetricia y la atención sanitaria. Editada por Roger Walson e impresa por Wiley, con un factor de impacto de 1,527.

El *Journal of Clinical Nursing* con 32 artículos, revista internacional centrada en temas relacionados con la enfermería clínica, el editor es Cynthia R. King; y está impresa por John Wiley & Sons. Con un factor de impacto de 1.316 en 2012; le sigue *Nursing Standard*, con 24 publicaciones, es la revista oficial del Colegio de Enfermeras de Gran Bretaña; publicada por el Royal College of Nursing (Great Britain); y finalmente el *Nursing Ethics*, con 23 publicaciones, revista internacional centrada en aspectos éticos y legales de la práctica profesional editada por Verena Tschudin y publicada por Sage, su factor de impacto es de 1,210.

Otros artículos que aparecen en estas revistas pertenecen al campo de la Psicología y la Medicina, a continuación exponemos las que tienen más de 5 artículos:

- *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, con 14 publicaciones, revista de la Sociedad Internacional para la Investigación del Estrés. Editado por: Cary L. Cooper, impresa por Chichester, West Sussex, UK: Wiley. Su factor de impacto es de 1.036.
- *International Journal of Stress Management* también con 14 artículos, es una publicación de la Asociación Internacional del Manejo del estrés. Su Editor es Sharon Glazer y el factor de impacto asciende a 0,921.
- *Journal American Medical Association (JAMA)* con 9 artículos. La revista editada por la Asociación Médica Americana (AMA). Es ampliamente conocida por su cobertura prácticamente de todas las especialidades y aspectos de la Medicina; con un factor de impacto de 30,026 en 2011.
- *Work and Stress*, con 8 artículos, revista Internacional de Trabajo, Salud y Organizaciones. Publicada en asociación con la Academia Europea de Psicología de la Salud Ocupacional (EAOHP). Editada por Routledge y publicada por Taylor and Francis Group con un factor de impacto de 1,95 y, finalmente
- *Psychology Reports Journal*, con 6 artículos, revista internacional con artículos en el campo de la psicología general. Editorial Ammons Scientific. Su Factor de impacto es 0.44.



**Fig. 13: Productividad por áreas de conocimiento**

Con respecto a las áreas de conocimiento, la mitad de las publicaciones pertenecen al área de enfermería (*Nursing*), le sigue con un 15% el área de psicología (*Psychology*), a continuación medicina (*Public Environmental Occupational Health ; Psychiatry; Health Care Sciences Services; General Internal Medicine; Oncology; Geriatrics Gerontology y Neurosciencies Neurology*). Resaltar también el área de economía (*Business Economics*); de ciencias sociales (*Social Work, Social Sciencies other Topics*) y de educación (*Education; Educational Research*) (fig. 13).

En cuanto a los países de los que proceden las publicaciones destaca los Estados Unidos con el 29%, le sigue Canadá (10,19%), España se coloca en el noveno puesto con el 3,56% de publicaciones al igual que la República Popular China (fig. 14):

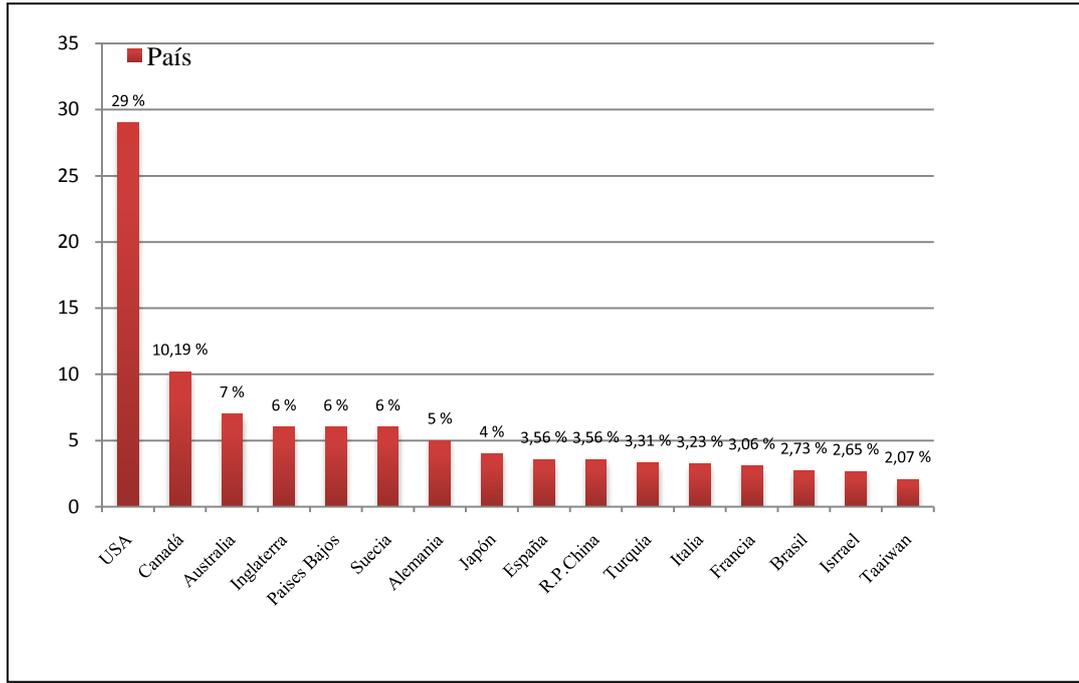


Fig. 14: Productividad por países

El idioma en el que se publican los trabajos científicos sobre el tema, mayoritariamente es el inglés (92,41%), seguido a mucha distancia por el alemán (1,83%); el castellano alcanza tan sólo un 1,41%. ( fig. 15)

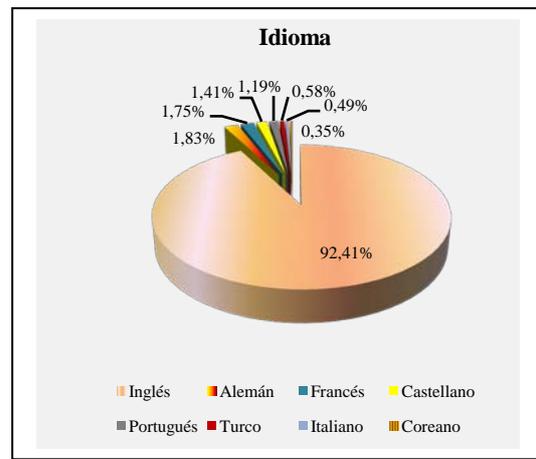
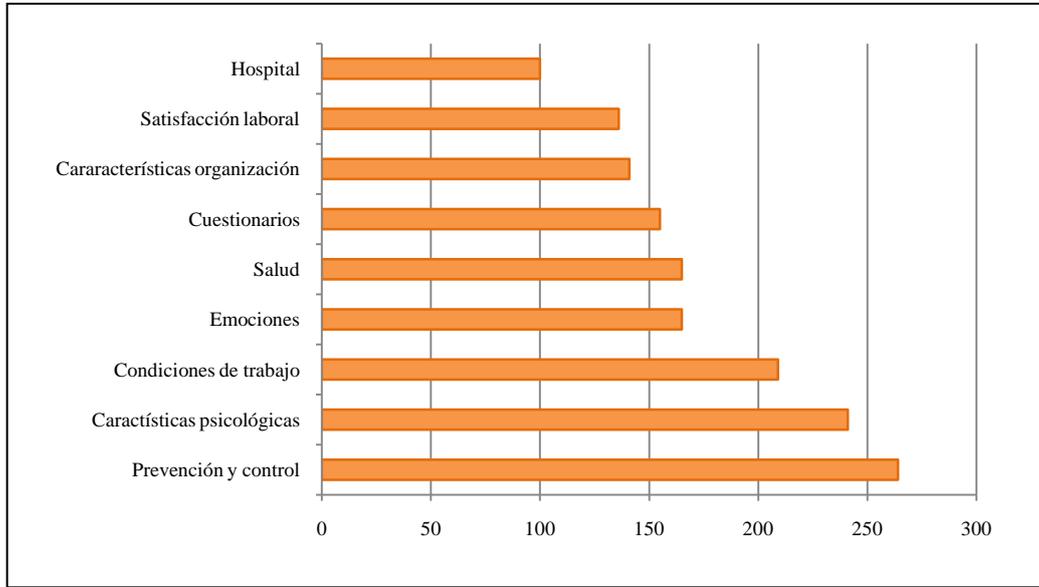


Fig. 15: Idioma de las publicaciones

Por último, analizamos las palabras clave utilizadas en los trabajos encontrados (figura 16). Este análisis aporta información de los temas que más se están estudiando dentro de nuestro campo de interés. Entre los descriptores más destacados, una vez eliminadas las palabras clave que formaban parte de la búsqueda, se encuentran aspectos de prevención y control del síndrome (*Prevention & Control*), características

psicológicas implicadas como Conductas de Afrontamiento (*Coping Behavior*), Rasgos de Personalidad (*Personality Traits*), Autoeficacia (*Self Efficacy*), Ansiedad (*Anxiety*) y, por último la Resiliencia psicológica (*Resilience(Psychological)*); a continuación las condiciones de trabajo (*Working Conditions* )y, la carga de trabajo ( *Work Load*)



**Fig. 16: Palabras clave**

Hemos considerado la palabra clave “*emociones*” desligada de las características psicológicas por la importancia y frecuencia en este proceso, agrupando todas las variaciones encontradas sobre las mismas (*Emotions; Emotional Responses; Emotional Intelligenc y; Emotional Regulation*). Además, hemos agrupado las palabras clave que hacen referencia a la actitud hacia la salud (*Health Personnel Attitude y Health*). Siguen en importancia los instrumentos psicométricos de evaluación (*Questionnaires*), las características de la organización, como el clima y compromiso laboral (*Organizational Characteristics; Organizational Climate; Organizational Commitment*), asimismo destaca satisfacción laboral (*Job Satisfaction*) y por último, el hospital (*Hospitals*), el entorno laboral donde se realizan más estudios sobre el burnout en esta población.

Igualmente al introducir los descriptores en la base de datos ISI Web of knowledge, como en las otras dos fuentes se extrajeron aquellos que formaban parte de la búsqueda y al cotejar los resultados comprobamos que son coincidente con PsycINFO y Medline. Encontramos que los 10 trabajos con mayor número de citas presentan las siguientes palabras clave: plantilla, consecuencias para los pacientes, (*Hospital staffing; Patient mortality; Patient satisfaction*), trabajo emocional (*Emotional labor*), evaluación de la práctica en enfermería (*the Work Index*), calidad de cuidados (*Quality of care*), estresores laborales, (*Organization; Workplace stressors*) satisfacción laboral y abandono de la profesión (*Job dissatisfaction*) y compromiso laboral (*Engagement*).

Observamos que las palabras encontradas están actualmente orientadas hacia aspectos cómo conocer los factores que predicen el agotamiento, insatisfacción y abandono de la profesión, la pérdida de calidad en los cuidados y sus consecuencias para los pacientes. Los 10 estudios con mayor número de citas así lo reflejan:

1. - Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction<sup>143</sup>.
2. - Brotheridge CM, Grandey AA. Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work"<sup>184</sup>.
3. - Aiken LH, Patrician PA. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index<sup>114</sup>.
4. - McVicar A. Wordplace stress in nursing: a literature reviwe<sup>6</sup>.
5. - Thomas NK. Resident burnout<sup>141</sup>.
6. - Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM et al. Nurse burnout and patient satisfaction<sup>115</sup>.

7. - Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings<sup>144</sup>.

8. -Maslach C, Leiter Michael P. Early predictors of job burnout and engagement<sup>92</sup>.

9. - Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F et al. A model of burnout and live satisfaction amongst nurses<sup>43</sup>.

10.- Rafferty IS, Clarke SP, Coles J, et al,. . Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records<sup>116</sup>.

## ***OBJETIVOS E HIPÓTESIS***



## 5.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tras la revisión de la literatura que hemos realizado y el análisis bibliométrico, nos planteamos el siguiente objetivo general:

*Estudiar el burnout o la respuesta al estrés laboral crónico en profesionales sanitarios y la vulnerabilidad al mismo que dan variables personales, emocionales y los propios estresores laborales.*

Para llevarlo a cabo elaboramos las siguientes hipótesis:

1ª.- Los sujetos cuyas expectativas de control personal sean más altas ofrecerán mayor resistencia a las presiones y frustraciones laborales que habitualmente soportan los profesionales de enfermería.

2ª.- Los sanitarios que posean habilidades para manejar mejor los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones serán menos vulnerables al burnout.

3ª.- Los estresores laborales o las cargas y exigencias externas que sufren los profesionales sanitarios son factores determinantes en el síndrome de burnout.

4.- Establecer un modelo donde las variables personales y laborales, nos permitan predecir la vulnerabilidad del profesional sanitario al síndrome de burnout.



## *METODOLOGÍA*



## **6.- METODOLOGÍA**

### **6.1.- Muestra**

La muestra se recogió en el Complejo Hospitalario de Salamanca, también llamado Hospital Universitario de Salamanca (HUS), compuesto por diferentes centros: Hospital Clínico y Hospital Virgen de la Vega, ubicados en la ciudad, y el Hospital de los Montalvos ubicado a unos 9 km de la capital; además de dos hospitales comarcales que son el Hospital Virgen del Castañar, que se encuentra en Béjar, y un Centro de especialidades en Ciudad Rodrigo. El HUS es un hospital terciario con 909 camas de agudos y 110 camas de media-larga estancia. El número de Servicios Médicos Hospitalarios es de 45, que cubren todas las áreas de atención sanitaria. El área de influencia del HUS agrupa a 36 Zonas Básicas de Salud de toda la provincia y atiende a una población de 300.000 habitantes. Centro con actividad investigadora, tiene una Unidad Docente que imparte la docencia práctica de la Facultad de Medicina, de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia y también estudios de Tercer Ciclo para postgraduados. La muestra final se obtuvo de los distintos servicios de los tres hospitales ubicados en la capital.

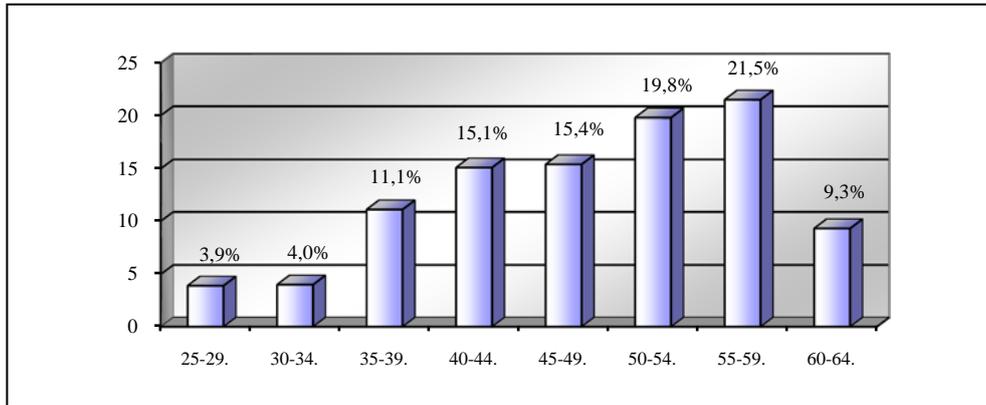
Se trata de un estudio inferencial de corte transversal cuya muestra fue obtenida mediante un muestreo al azar intencionado. Para participar en el proyecto tenían que cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Trabajar de Enfermera o Auxiliar de Clínica en los hospitales anteriormente mencionados.
- Llevar un mínimo de 6 meses trabajando.
- Participar de manera voluntaria y anónima en el estudio.

Quedaron excluidos los sujetos que trabajan como Matrona (por su especialidad); Técnico de Rayos y Técnico de laboratorio (por no tener contacto directo con pacientes) y los que se encontraban en el momento del estudio de baja laboral.

## 6.2.- Descriptivos de muestra

La muestra quedó formada por 381 participantes, con una media de edad de 48,24 años y  $Dt = 9,14$ . Mediana de 50 y rango de edad de 25 a 64 años. La distribución queda reflejada en la figura 17:



**Fig.17: Edad**

La distribución es asimétrica negativa ( $As = - ,46$ ), predominan pues los valores altos, la mediana está en los 50 años y la distribución es platicúrtica ( $C = -,57$ ). El rango de edad es de 39 años. Es de destacar el alto número de participantes que no contestaron en esta variable (26,8%), mientras que sí lo hicieron a la experiencia profesional.

La edad en nuestro estudio es más alta que en algunos de los estudios revisados, como el de Gil-Monte cuya media es de 38,60 años (rango: 22-61), pero similar al de Moreno-Jiménez (36 años y  $DT = 6,88$ ).

De ellos la mayoría, como era de esperar, son mujeres (87,7%) y el resto hombres (fig. 18). Este porcentaje de participación de mujeres es ligeramente más alto que los datos de Profesionales Sanitarios Colegiados aportados por el Instituto Nacional de Estadística del 2011, donde uno de los colegios con mayor porcentaje de mujeres era precisamente el de diplomados en Enfermería con un 84%. También similar al estudio de Gil Monte (2005) cuya muestra ascendió a 706 enfermeras de diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana y donde el 81,8% son mujeres<sup>204</sup>.

Cercano es también nuestro porcentaje al de Moreno-Jiménez (2002)<sup>165</sup>, que en una muestra de 247 profesionales de enfermería de 5 hospitales de Madrid el 88,66% eran mujeres.

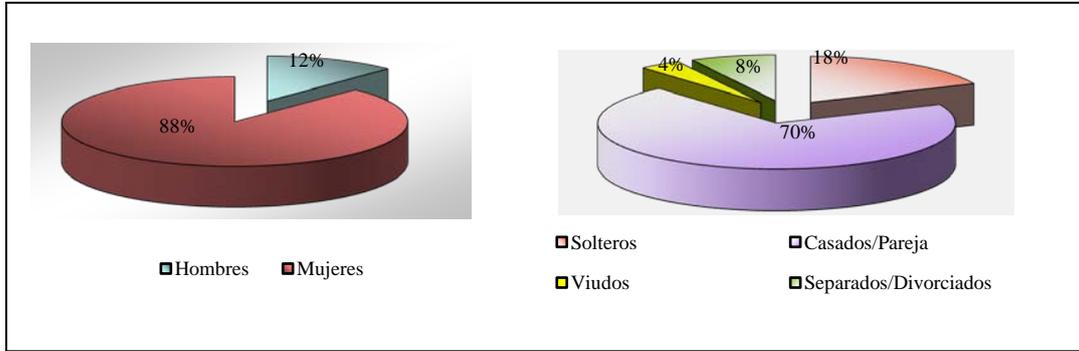


Fig. 18: Género y estado civil

El 69,3% están casadas/os o en pareja, solteras/os el 18,1% y ya en menores proporciones los viudas/os y separadas/os y/o divorciadas/os. Resaltar que en nuestro estudio viven en pareja o casados el 70% y en el estudio de Moreno-Jiménez se invierte siendo el 72,88% los que viven sin pareja habitual. Este dato puede ser importante, pues vivir en pareja o casados puede ser una fuente importante de apoyo social.

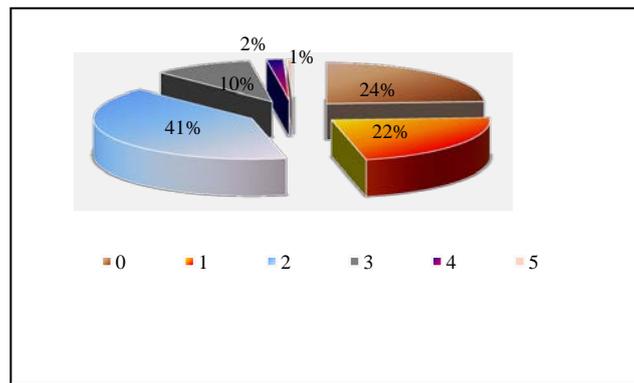


Fig. 19: N° de hijos

En la figura 19 se representa el número de hijos, como se puede apreciar la mayoría (41%) tienen dos, el 22% un hijo y solo el 10% tienen tres. La media alcanza un valor de 1,45 y DT= 1,05.

El 27,0% refieren haber cursado estudios de Bachiller o FP; el 62,7% de Diplomatura y el 7,6% poseen estudios de Licenciatura.

Con respecto a la categoría profesional el 64,9% son diplomados en enfermería y el 35,1% auxiliares de clínica (fig. 20).

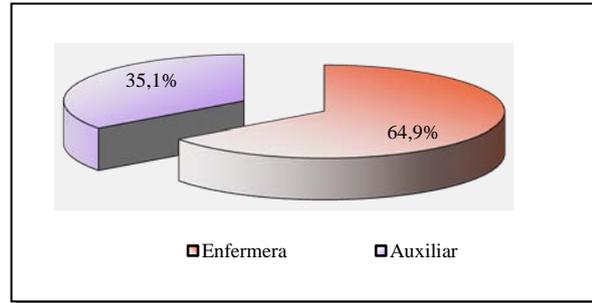


Fig. 20: Categoría profesional

Este porcentaje de participación de las dos categorías profesionales en el estudio se acerca al porcentaje existente en la plantilla del hospital (60% enfermeras y 40% auxiliares).

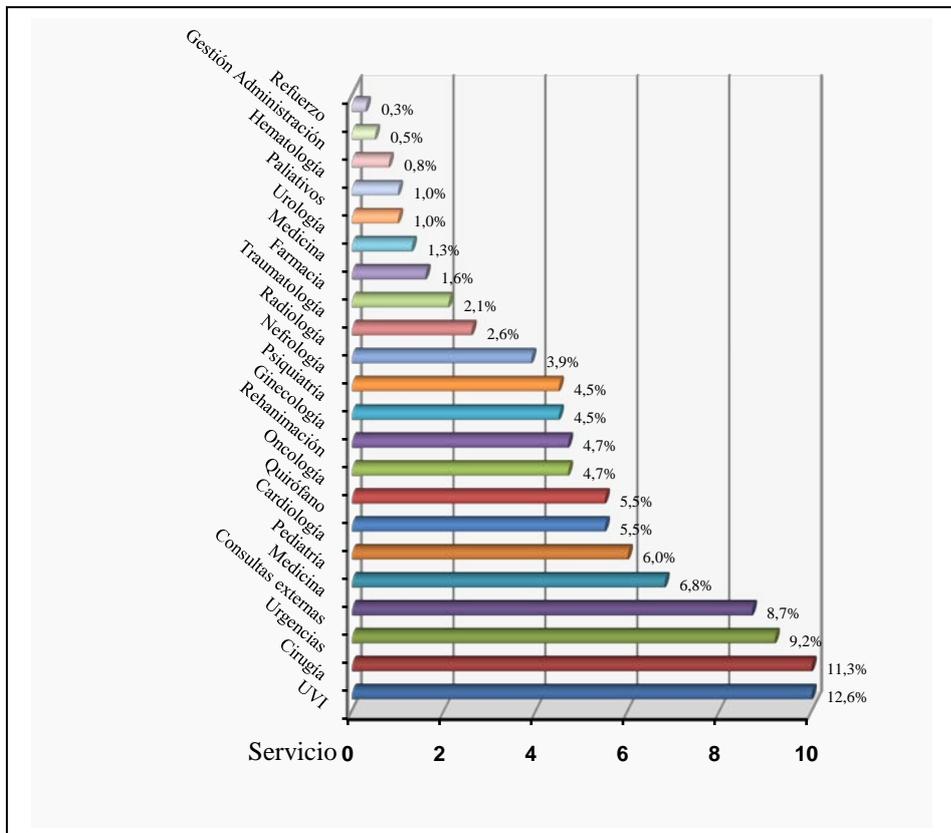


Fig. 21: Servicios hospitalarios

La figura 21 refleja los servicios a los que pertenecen los profesionales encuestados.

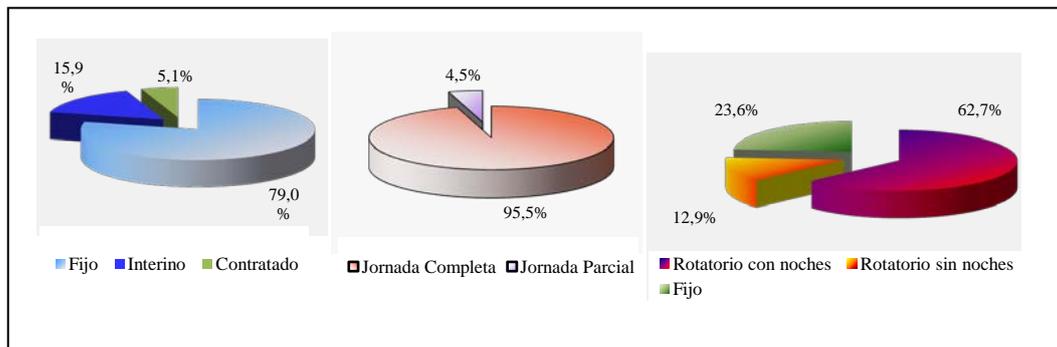
La experiencia profesional, nos parecía una variable de interés en el tema de estudio, la media es de 24,69 años de experiencia laboral con una DT= de 10,37 siendo la mediana de 26; rango de 40, con un mínimo de 2 y máximo de 42 años (tabla 4).

**Tabla 4. Experiencia profesional y antigüedad en el servicio actual.**

Estadísticos Elementos	Media	Dt	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo
<b>Experiencia profesional</b>	24,69	10,37	26	40	2	42
<b>Antigüedad en el Servicio</b>	12,35	11,34	7,8	39,9	0,1	40

Con respecto a la antigüedad laboral en el actual servicio, se alcanza una media de 12,35 años con DT= de 11,34 y mediana de 7,8; el rango medio de 39,99 siendo el mínimo de 0,1 y máximo de 40 años.( tabla 4 ) En el estudio de Gil-Monte tienen una experiencia laboral media de 16,19%, y Moreno-Jiménez refiere 13 años (DT= 6,61) de antigüedad y 9 años en el mismo puesto (DT = 5,88)<sup>165</sup>.

El tipo de contrato que tienen la mayoría es fijo (79%), el 15,9% interino y el 5,1% contratado. La mayoría el 95,5 están en jornada completa y el 4,5% parcial. El turno de trabajo mayoritariamente es rotatorio (el 75,6%) con noches en el 62,7% de los casos y el 12,9% rotatorio sin noches; con turno fijo solamente el 23,6% (fig. 22).

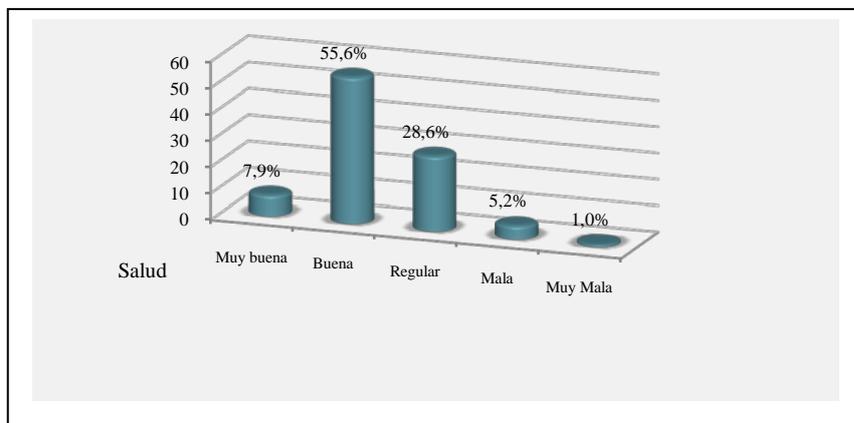


**Fig. 22: Tipo de contrato, jornada y turno**

La situación laboral es coincidente con los datos aportados por Moreno-Jiménez (75,6%) y más altos que los de Gil-Monte (54,6%)<sup>204</sup>.

El tipo de contrato es una variable importante, en el estudio de Moreno-Jiménez las enfermeras con contrato laboral fijo encuentran su tarea más monótona y se sienten menos realizados que los contratados; probablemente porque al estar en situación más inestable el trabajo sigue siendo un reto al tener como meta conseguir una plaza fija.<sup>168</sup> En los datos publicados por Manzano<sup>130</sup> encuentra mayor agotamiento emocional en los que tienen contrato fijo que los que están en situación contratada.

El turno es mayoritariamente rotatorio (76%) siendo fijo sólo en el 24 % de los casos. Nuestros resultados difieren de otros estudios como el de Moreno-Jiménez donde con turno fijo están el 73,25%. Y estas variables como turno, carga, e insatisfacción en el trabajo, afectan a la calidad de los cuidados con efectos adversos en los pacientes y deseo de dejar la profesión (Aiken 2000)<sup>143</sup>. Los turnos rotatorios tienen efecto sobre el ritmo de sueño vigilia, la seguridad para el paciente, dificultad en compaginar vida familiar y social, enfermedad y el deseo de abandono de la profesión<sup>108</sup>.



**Fig. 23: Salud general percibida**

A la pregunta *¿cuantas horas de sueño duerme?* responden que una media de 6, horas, siendo el mínimo de 2,50 y máximo de 10.

Con respecto a *cómo creen que es su salud en general*, más de la mitad, el 55,6% responde buena, el 28,6% regular, el 7,9% muy buena; el 5,2% mala y el 1% muy mala (fig.23).

A la pregunta de si en *ese momento toma alguna medicación*, el 49,3% responden que sí toman medicación. En el 19,4% de los casos son psicofármacos y el 80,6% diferentes tipos de medicación (Fig.24):

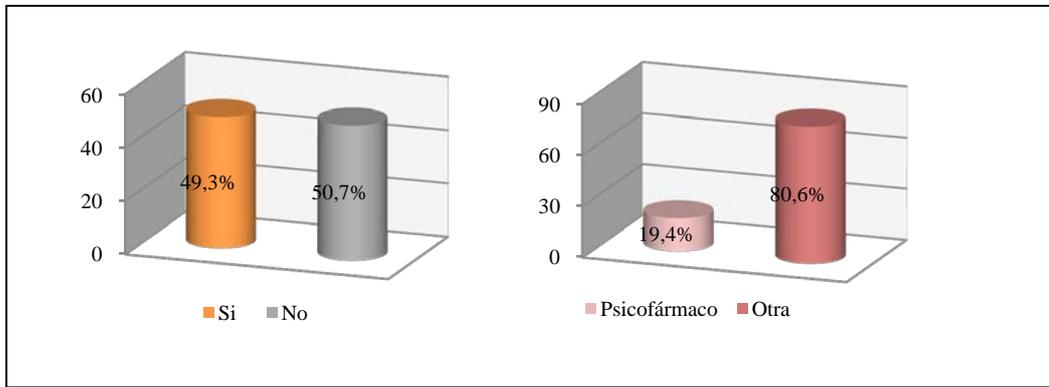


Fig. 24: Medicación y Tipo de medicación

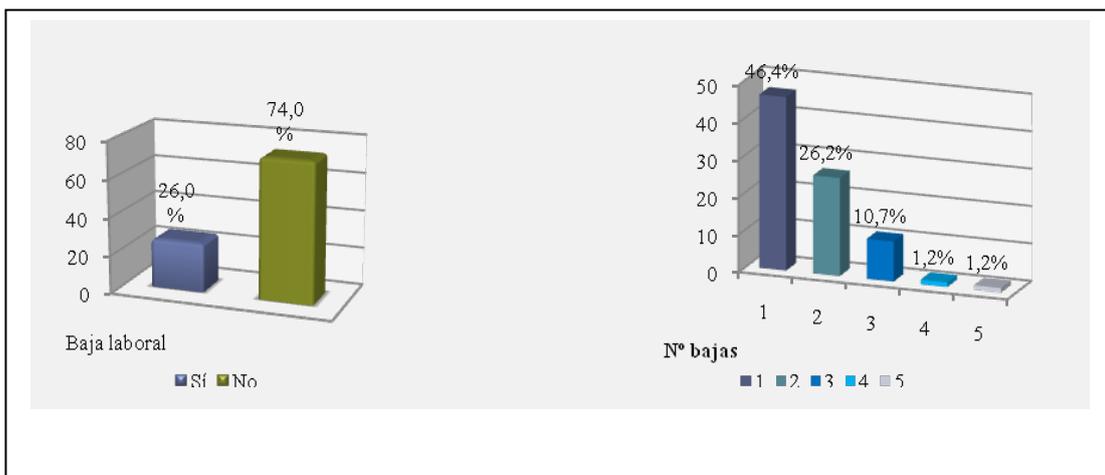
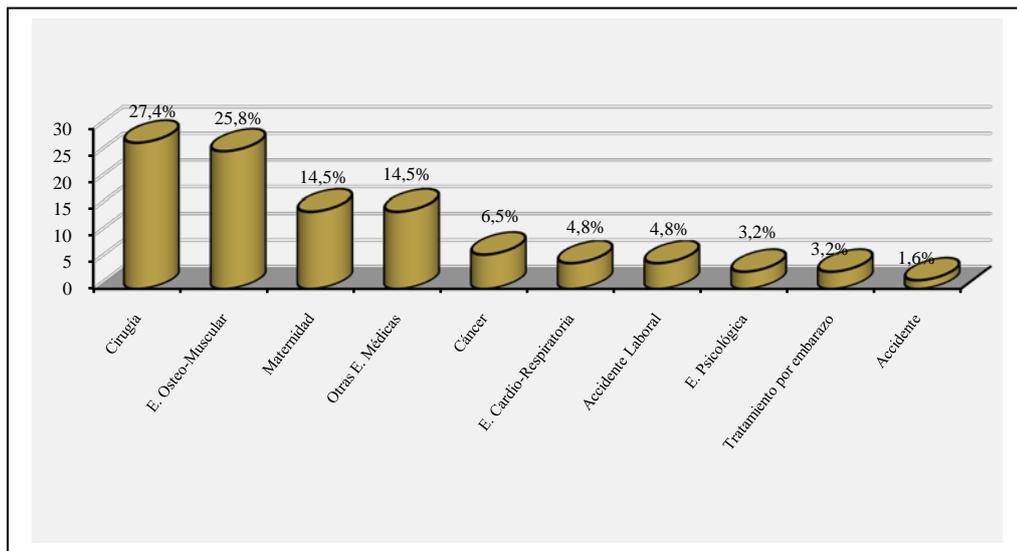


Fig. 25: Baja laboral y número de bajas.

En cuanto a si *ha estado de baja laboral en los últimos 12 meses*, responden no el 74% y sí el resto. De los que sí han estado de baja, tan solo una vez el 46,4%, dos veces el 26,2% hasta un máximo de cinco (1,2%) (fig.25).

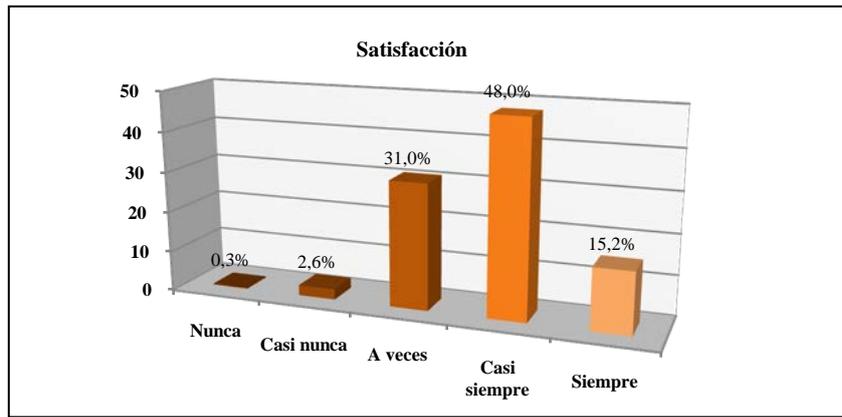
Los motivos más frecuentes por el que han estado de baja son: cirugía (27,41%); enfermedad osteo-muscular (25,80%); maternidad (14,51%); otras enfermedades médicas (14,51%); cáncer (6,45%); enfermedad cardio-respiratoria (4,83%); accidente laboral (4,83%); enfermedad psicológica (3,22%); tratamiento por embarazo (3,22%) y accidente (1,61%). (Otras enfermedades médicas se referían a gripe, y problemas oculares) (fig.26).



**Fig. 26: Motivo de baja laboral.**

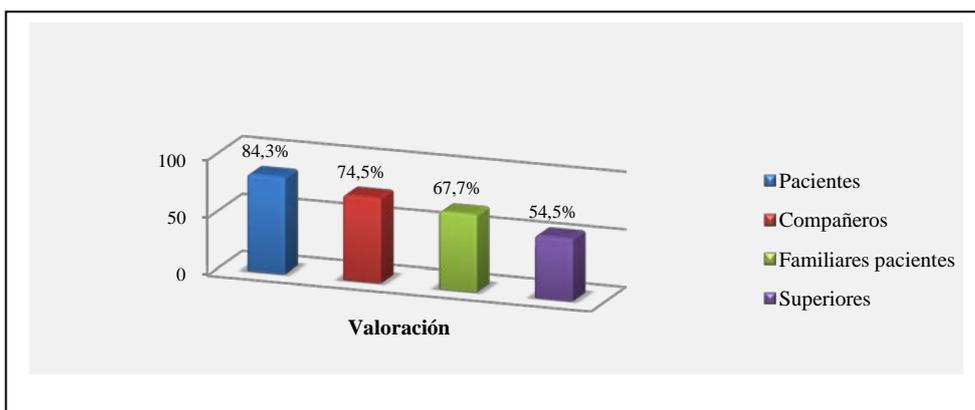
Por tanto, sólo han estado de baja el 26% de la muestra y en general ha sido una vez; el motivo de baja en primer lugar ha sido cirugía, seguido por las enfermedades osteo-musculares, toman psicofármacos el 19,4 % de ellos. Nuestros mejores datos al cotejarlos con los publicados por Grau<sup>5</sup>, pues en su estudio los profesionales con burnout refieren enfermedad crónica en el 45,% de los casos y toman psicofármacos el 55% de ellos y de baja laboral habían estado el último año un 48%.

Al preguntar por el grado de satisfacción con su puesto de trabajo la mayoría responde sentirse *casi siempre satisfecha* (48%), *a veces satisfecha* el 31%, seguido por *siempre satisfecha* en el 15,2% , en menor grado *casi nunca* el 2,6% y *nunca* en el 0,3% de los casos (fig. 27).



**Fig. 27: Satisfacción con su puesto de trabajo.**

En el ítem *por quién se siente valorada en su trabajo*, la mayoría refieren sentirse valoradas por los pacientes (84,3%); le sigue la percepción de valoración de los compañeros el 74,5%, por los familiares de los pacientes el 67,7%, y, por último, por los superiores ( 54,6%) (fig. 28).



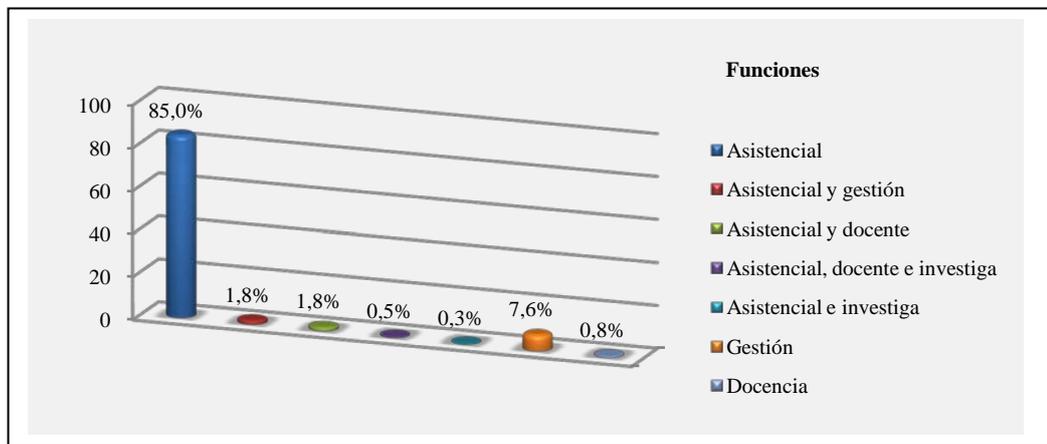
**Fig. 28: Percepción de valoración profesional**

Grau en su estudio<sup>5</sup> revela que la percepción de sentirse valorado y la propia satisfacción laboral protegen del burnout; coincidente con la investigación de

Albadalejo 2004<sup>137</sup> donde el profesional sanitario afecto de burnout percibe un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo; Las que evidencian un nivel más bajo de burnout, dicen sentirse valorados por los pacientes y sus familiares, y por último, por compañeros y superiores. Estos resultados son concordantes con los datos de nuestra investigación, donde un 48% de los participantes se muestran casi siempre satisfechos en su puesto de trabajo y valorados por los pacientes y sus familiares un 84,3% y 74,5% respectivamente.

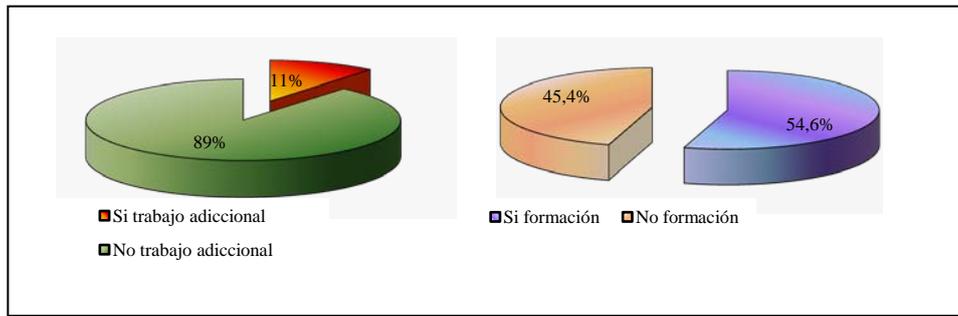
*Las funciones que ocupan la mayor parte de su jornada laboral, en la mayoría es función asistencial (85%), mixta de asistencial y gestión un 1,8%, asistencial y docente el 1,8%; funciones asistencial, docente e investigadora el 0,5% y asistencial e investigación sólo el 0,3%; es importante destacar que con funciones de gestión hay un 7,6% y gestión con docencia el 0,8% (fig. 29).*

Diferentes estudios revelan que al desarrollar la función de gestión aumenta la carga de trabajo por la actividad administrativa con frecuentes interrupciones y a esto se suma la actividad asistencial con los pacientes; por el contrario la actividad docente e investigadora va asociada a niveles de burnout más bajos<sup>5,53.165</sup>.



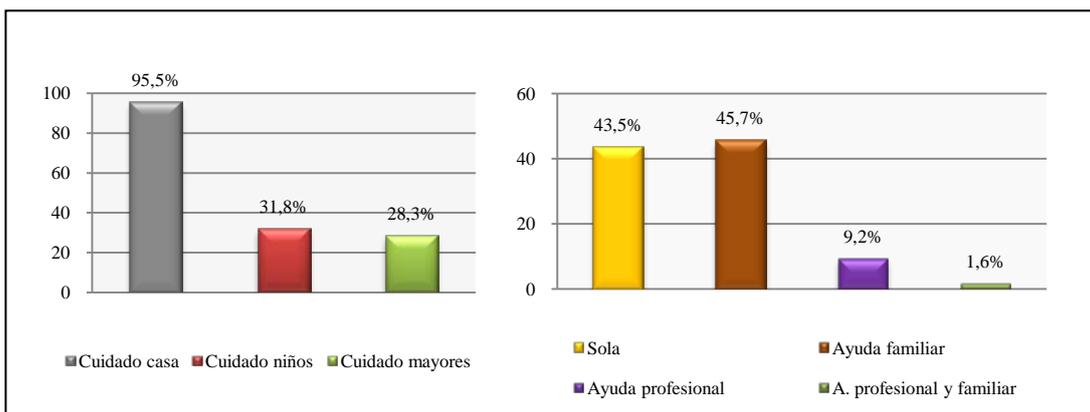
**Fig. 29: Funciones profesionales**

A la pregunta si *trabaja en otro Centro o realiza alguna jornada adicional a la que desarrolla en su puesto de trabajo*, la mayoría (89%) responde que no y al preguntar si *estudia o dedica tiempo a su formación fuera del horario laboral* más de la mitad (54,6%) dedican tiempo a formación fuera del horario laboral (fig. 30).



**Fig. 30: Actividad y Formación fuera del horario laboral.**

Al finalizar su jornada laboral, casi la totalidad (97,6 %) responde realizar tareas en el hogar; las más frecuentes son: el 95,5% realiza cuidado de casa, además del cuidado de niños el 31,8% y cuidado de mayores el 28,3%. Estos datos están en concordancia con el perfil de la mujer trabajadora en España que compatibiliza su jornada laboral con la atención de su casa y familia (fig.31).



**Fig. 31: Tareas en el hogar.**

**Fig. 32: Modo de relizar las tareas**

Dichas tareas las realizan solas el 43,5%; con ayuda de un familiar (45,7%), con ayuda de profesional el 9,2% y con ayuda conjunta de profesional y de familiar el 1,6% (fig.32).

Al cuantificar esta variable la media de horas que dedican a las tareas domésticas es de 3,6 horas al día con DT=2,04. Destacar que expresan como valor mínimo media hora, pero máximo de 12 (tabla 5).

**Tabla 5: Horas que dedica a las tareas del hogar**

Estadísticos	Media	Dt	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo
	3,6	2,04	3	11,5	0,5	12

### **6.3.- Batería de instrumentos.**

La batería de instrumentos está formada por las siguientes pruebas que, por orden de aplicación, fueron:

**6.3.1.- Entrevista semiestructurada** para las variables socio demográficas y laborales en el que se incluyen datos personales, sociales y laborales de los participantes en el estudio (ver anexo).

**6.3.2.- Cuestionario de estrés laboral de enfermera, NSS.** (Nursing Stress Scale) de Gray-Toft y Anderson (1981)<sup>285</sup>.

Este cuestionario está diseñado para la medida de las fuentes de estrés que aparecen en el trabajo de enfermería en el ámbito hospitalario. Indica la frecuencia con que estas situaciones le han resultado estresantes en su actual servicio. Consta de 34 ítems, con cuatro posibles respuestas que oscilan entre: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), muy frecuentemente (3). La puntuación global, fluctúa entre 0 a 102 puntos, de forma que a mayor puntuación, mayor nivel de estrés<sup>286</sup>.

En España ha sido traducida y validada por Escribà-Agüir (1999). En el análisis factorial se identificaron nueve fuentes importantes de estrés:

- muerte y sufrimiento (factor I), con 6 ítems
- carga de trabajo (factor II) con 6 ítems
- incertidumbre respecto el tratamiento (factor III) con 5 ítems
- problemas con la jerarquía (factor IV) con 4 ítems,
- preparación insuficiente (factor V) con 6 ítems,
- falta de apoyo (factor VI) con 3 ítems

- no saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado (factor VII) con 1 ítem
- problemas entre el personal de enfermería (VIII) de 2 ítems
- falta de personal (factor IX) compuesto de 1 ítem .

El porcentaje de varianza total explicada por el modelo es de 63,4. En la escala original de Gray-Toft obtuvieron unos valores de coeficiente test-retest de .81, y consistencia interna coeficiente alpha de Cronbach de 0,89. Pérez, López y Díaz (2001) realizó un estudio de replicación en España donde encontró una consistencia interna con un coeficiente alpha de Cronbach de 0,90<sup>287</sup>.

### **6.3.3.- Cuestionario de Expectativas Generalizadas de Control Personal, BEEGC de Palenzuela, Almeida, Prieto y Barros (1992).**

Batería que aglutina conjuntamente las tres expectativas generalizadas de Control Personal: Locus de control (LOC), Autoeficacia (A), y Éxito (E). Evalúa: la expectativa de Locus de Control (LOC) en sus tres componentes: Contingencia (C), Indefensión (I) y Suerte (S)<sup>197</sup>.

Consta de 28 ítems en forma de afirmaciones relacionadas con aspectos relevantes de las expectativas generales del sujeto. De esta forma, cada individuo ha de indicar hasta qué grado se identifica con cada afirmación, desde 1 (no se identifica nada) hasta 9 (se identifica completamente). La escala de locus de control (LOC) contiene 5 ítems en cada uno de sus tres componentes, y sus puntuaciones oscilan entre 5 y 45 puntos en cada componente. La expectativa de autoeficacia (A) puntúa entre 7 y 63 y la de éxito (E) con 6 ítems puntúa entre 6 y 54. La escala evalúa alguno de los constructos más representativos del enfoque teórico integrativo y multidimensional de control personal, enfatizando sobre medidas generalizadas de la personalidad (Palenzuela et al., 1993)<sup>12</sup>.

**6.3.4.- Escala de Inteligencia Emocional, TMMS-24** (Trait Meta-Mood Scale), de Mayer y Salovey (1997).

La TMMS-24 es la versión reducida de una anterior, TMMS-48 (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995.<sup>259</sup>, adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, 2004.<sup>60, 261</sup> Evalúa las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de atención, claridad y reparación de estados emocionales, desde una perspectiva intrapersonal. Se obtiene un índice de IEP. Salovey et al., (2001)<sup>255</sup>.

Esta versión de 24 ítems tiene 8 ítems por cada factor. Cada pregunta consiste en una afirmación sobre sentimientos y emociones personales con la que el sujeto debe manifestar su grado de acuerdo. Se presenta en un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos en el que el valor 1 significa que la persona no está nada de acuerdo con la afirmación, y el valor 5 significa que está totalmente de acuerdo con ella. En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, el alfa de Cronbach de cada componente es: 0,90 para el factor Atención; 0,90 para el factor Claridad y 0,86 para el factor Reparación. Estas propiedades psicométricas son muy similares a las de la escala original<sup>260,261</sup>.

**6.3.5.- Inventario de Burnout, MBI** (Maslach Burnout Inventory) de Maslach y Jackson (1986)<sup>58</sup>.

El MBI que se aplica es el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services, Survey) Maslach, Jackson y Leiter, (1996) dirigido a profesionales de la salud. Evalúa las tres dimensiones del síndrome:

- agotamiento emocional (AE) formada por 9 ítems describe sentimientos de estar agotado emocionalmente por el trabajo,

- despersonalización (DP) formada por 5 ítems describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de la atención. y

- realización personal (RP) con 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitoso en el trabajo hacia los demás.

Constituido por 22 ítems, con una frecuencia desde 0 (nunca), 1 (alguna vez al año o menos), 2 (una vez al mes o menos), 3 (algunas veces al mes), 4 (una vez por semana), 5 (algunas veces por semana), a 6 (todos los días). Se ha de destacar que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización la puntuación es positiva a mayor puntuación mayor nivel de burnout, mientras que en la de realización personal la puntuación es inversa, a menor puntuación mayor nivel de burnout.

Los estudios longitudinales de test-retest muestran una estabilidad temporal en los resultados obtenidos en las tres escalas, particularmente agotamiento emocional y despersonalización la menos estable. Maslach et al. (1996)<sup>59</sup> muestran valores de fiabilidad en periodos de 1 mes entre .60 y .82, aunque los coeficientes disminuyen ligeramente al considerar un periodo superior a un año ( $.57 < r < .60$ ). El MBI presenta en general una consistencia interna de las escalas buena y su validez factorial es satisfactoria.

El manual (Maslach y Jackson, 1986), ofrece valores normativos de referencia en percentiles, pero no se presentan criterios para concluir cuando un individuo ha desarrollado la patología. Gil-Monte y Peiró (2000) consideraron que la clasificación de los individuos y de los grupos en diferentes niveles de afectación del síndrome es una cuestión sin resolver, y el manual del cuestionario, en su versión actual, únicamente presenta puntos de corte basados en normas estadísticas<sup>288</sup>. Aunque los autores del cuestionario advierten que esta clasificación no debería utilizarse con fines diagnósticos,

lo cierto es que existe una clara tendencia a utilizarla para ese propósito. Los criterios estadounidenses pueden ser inadecuados en otros países debido a la existencia de diferencias significativas en los valores normativos de corte por cuestiones socioculturales. Por estos motivos Gil-Monte y Peiró (2000)<sup>288</sup> realizaron un estudio presentando los criterios normativos del manual de TEA 1997, y normas de referencia para el diagnóstico del síndrome de burnout en España evaluado mediante el (MBI-HSS) (tabla 6), además, la tabla 7 refleja los valores de las medias de referencia obtenidas en el estudio de Gil-Monte y Peiró con una muestra específica de enfermería.

**Tabla 6. Puntuaciones de referencia para la clasificación del síndrome de burnout**

Puntos de corte	MBI (TEA,1997)			Gil-Monte y Peiró (2000)		
	AE	DP	RP	AE	DP	RP
		(N=1138)			(N=1188)	
<b>Alto</b>	≥ 25	≥ 10	≤ 32	≥ 25	≥ 9	≤ 35
<b>Medio</b>	24-15	9 - 4	39 - 33	24 -16	8 - 4	39 - 34
<b>Bajo</b>	≤ 14	≤ 3	≥ 40	≤ 15	≤ 3	≥ 40
<b>Media</b>	20,86	7,62	35,71	20,39	6,36	36,02
<b>Dt</b>	11,30	5,81	8,08	11,03	5,34	7,27

. Nota: AE= agotamiento emocional. DP= despersonalización. RP= Realización personal en el trabajo  
Dt= desviación típica

**Tabla 7. Medias de referencia para profesionales de enfermería (Gil-Monte y Peiró, 2000)**

(N = 568)			
	AE	DP	RP
Media	22.58	6.08	36.30
Dt	11.04	4.95	6.48

Nota: AE= agotamiento emocional. DP= despersonalización. RP= Realización personal en el trabajo. Dt= desviación típica

#### 6.4.- Descriptivos de instrumentos

En primer lugar analizamos las puntuaciones de la muestra obtenidas en el cuestionario de estresores laborales en personal de enfermería (NSS). La puntuación total media es de 37,33 con una Dt de 13,06. Destacar que la mediana se encuentra en 36,00, (sus puntuaciones oscilan de 0 a 102). La distribución de las puntuaciones es asimétrica positiva ( $A=0,58$ ) y el coeficiente de apuntalamiento ( $C=0,84$ ), es decir, la distribución es leptocúrtica. Los resultados descriptivos obtenidos en las 9 escalas y el total se exponen en la tabla 8.

**Tabla 8: Descriptivos del Cuestionario Estresores Enfermera (NSS)**

NSS	Media	Mediana	Dt	Mínimo	Máximo
Muerte y sufrimiento	7.47	7	3.2	0	18
Carga de trabajo	9.08	9	3.86	0	28
Incertidumbre tratamiento	4.49	4	2.92	0	16
Problemas con la jerarquía	3,07	3	2.08	0	12
Preparación insuficiente	6.29	6	2.99	0	18
Falta de apoyo	2,78	3	1,82	0	9
No saber manejar el equipo	1,00	1	0,67	0	3
Problemas entre enfermería	1,9	2	1,34	0	6
Cambio de servicio	0,93	1	0,97	0	3
NSS total	37,33	36	13,06	0	102

Como podemos observar al valor mayor de la mediana corresponde a la Carga de trabajo, seguida de Muerte y el sufrimiento, y la Preparación insuficiente. Las figuras 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, y 42 muestran los resultados de las 9 escalas y total de la NSS.

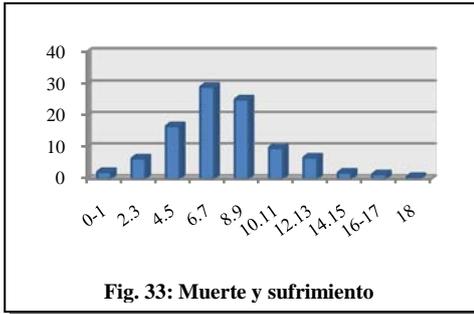


Fig. 33: Muerte y sufrimiento

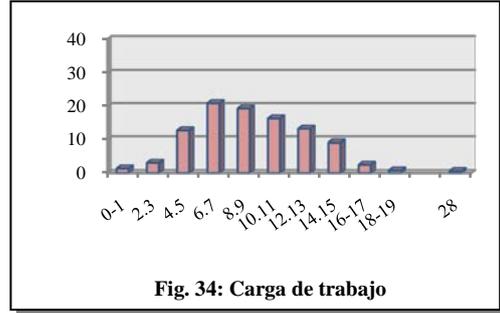


Fig. 34: Carga de trabajo

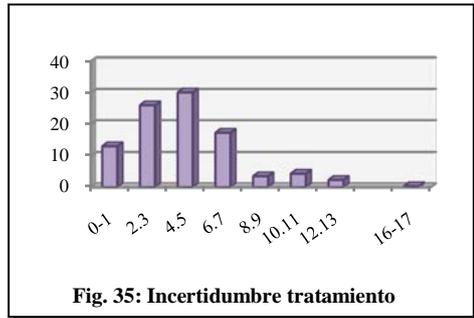


Fig. 35: Incertidumbre tratamiento

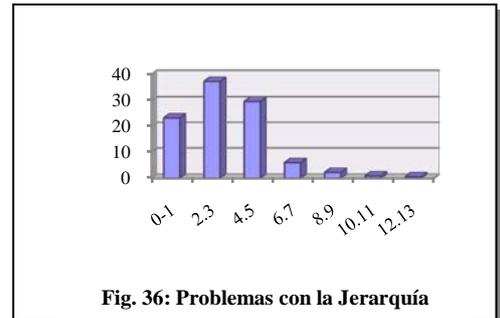


Fig. 36: Problemas con la Jerarquía

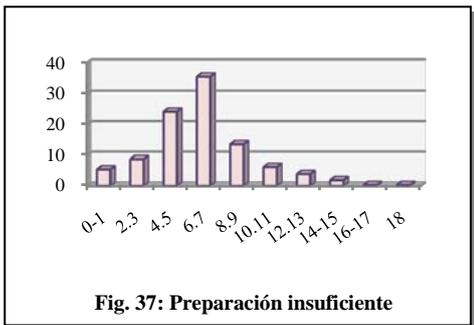


Fig. 37: Preparación insuficiente

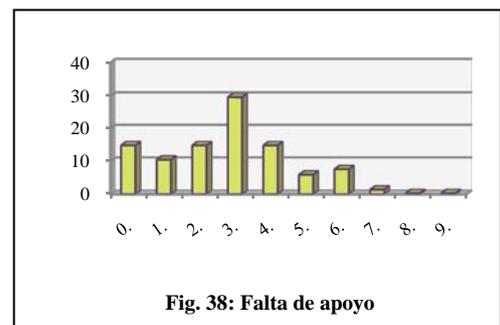


Fig. 38: Falta de apoyo

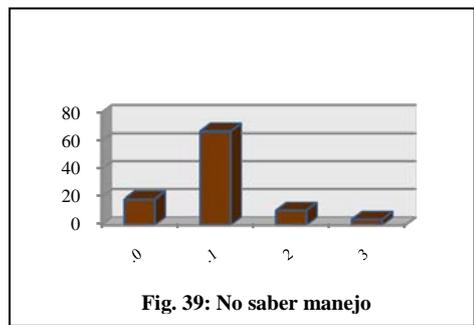


Fig. 39: No saber manejo

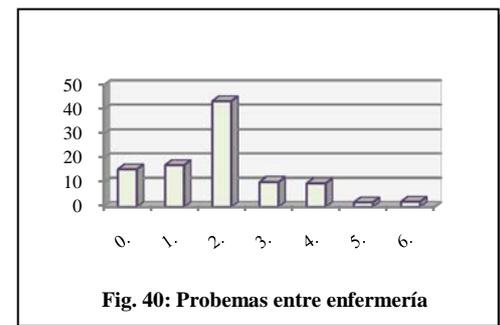


Fig. 40: Problemas entre enfermería

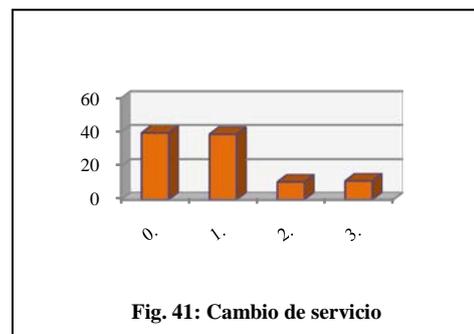


Fig. 41: Cambio de servicio

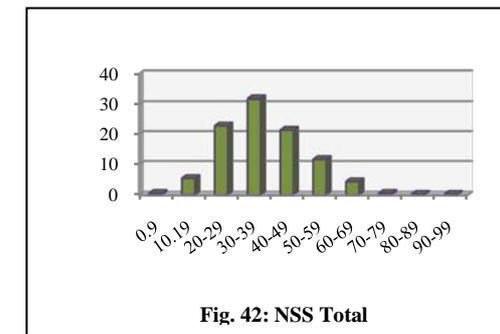


Fig. 42: NSS Total

Fig. 33 - 42: Cuestionario Estresores Enfermera (NSS) 9 escalas y total

El siguiente instrumento de medida analizado fue la *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de control (BEEG)* los resultados descriptivos obtenidos quedan expuestos en la tabla 9.

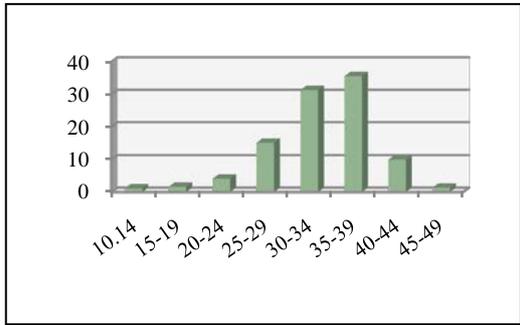
**Tabla 9. – Descriptivos de las subescalas de la Batería de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC)**

Escala	Media	Mediana	Dt	Mínimo	Máximo
Contingencia	33,42	34	6,09	13	45
Indefensión	23,79	24	8,76	5	45
Suerte	26,89	27	7,32	5	45
Lcontrol	84,12	85	14,57	31	122
Éxito	33,97	33	7,65	9	54
Autoeficacia	40,00	39	7,78	21	61

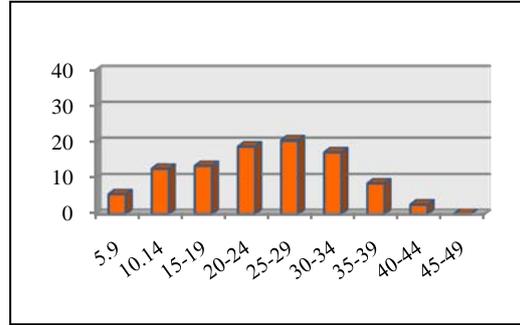
Teniendo en cuenta que las tres primeras subescalas (Contingencia, Indefensión y Suerte) sus valores oscilan entre 5 y 45, podemos destacar las puntuaciones de Contingencia con una media de 33,42 con un coeficiente de asimetría negativo ( $A = -0,87$ ) y distribución ( $C = 1,38$ ) leptocúrtica, seguida de Suerte (26,89) e Indefensión (23,79) estas dos últimas escalas con distribución platicúrtica ( $C = -0,14$ ) y ( $C = -0,72$ ) respectivamente. La escala de Locus de control, que recoge las tres subescalas previas, cuenta con una media de 84,12 (los valores se encuentran entre 15 y 135), presentan una distribución negativa ( $As = -0,26$ ) y leptocúrtica ( $C = 0,30$ ).

La expectativa de Éxito entre los profesionales de enfermería presenta una media de 33,97 (sus valores oscilan entre 9 y 54) y en este caso predominan las puntuaciones positivas ( $A = 0,08$ ) y una distribución leptocúrtica ( $C = 0,18$ ). Finalmente, la expectativa de Autoeficacia muestra una media de 40 (sus valores comprendidos entre 7 y 63 puntos) y

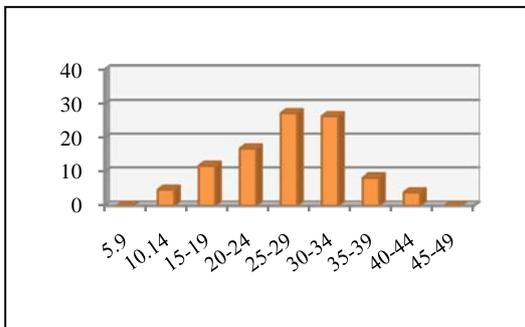
un índice de asimetría positivo ( $A = 0,13$ ) con distribución platicúrtica ( $C = -,48$ ). En las figuras 43,44,45,46,47,48 se muestran los resultados.



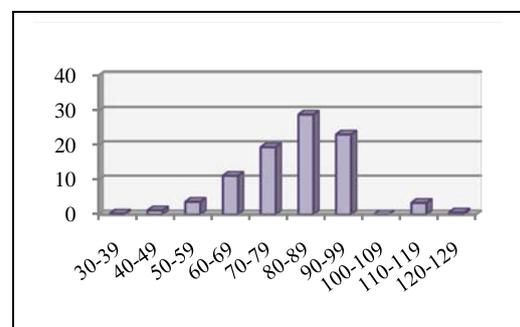
**Fig.43: Contingencia**



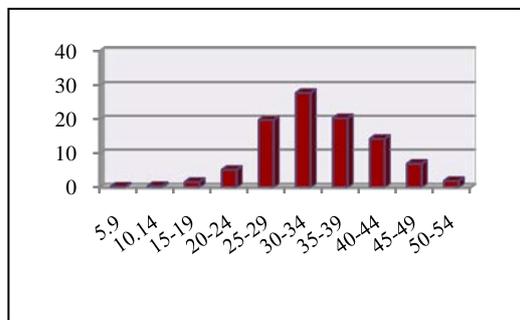
**Fig.44: Indefensión**



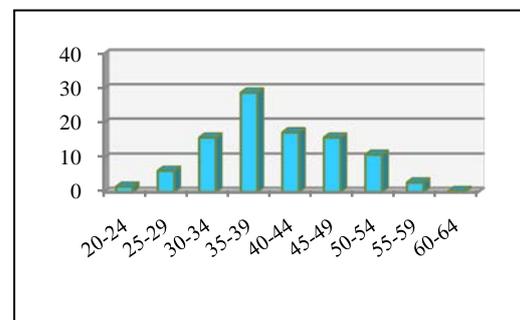
**Fig. 45: Suerte**



**Fig. 46: Control**



**Fig. 47: Éxito**



**Fig. 48: Autoeficacia**

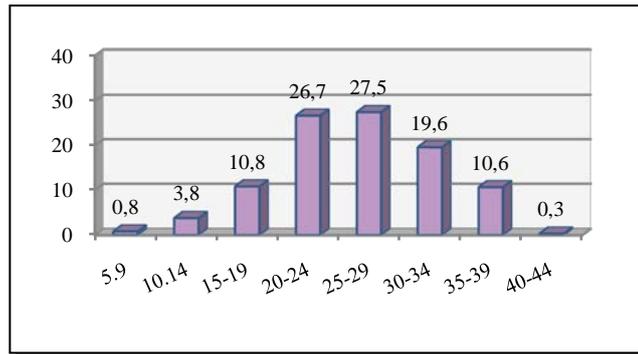
A continuación presentamos los resultados descriptivos de las escalas de IE, *Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales* (TMMS-24) (tabla 10):

**Tabla 10. – Descriptivos de las subescalas de la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS)**

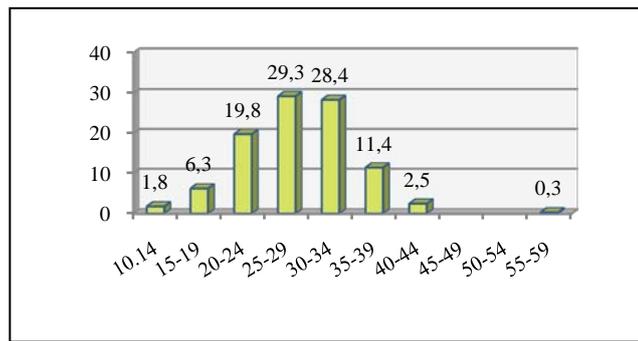
Escala	Media	Mediana	Dt	Mínimo	Máximo
Atención	25,85	26	6,36	8	40
Claridad	28,13	28	6,20	11	59
Reparación	27,75	28	6,04	8	40

La media más alta alcanzada fue para la dimensión de Claridad de 28,13, le sigue Reparación que obtiene una media de 27,75 y la más baja para Atención con 25,85. En el caso de la Atención tiene un índice de asimetría ligeramente negativo ( $A = -0,11$ ) y distribución platicúrtica ( $C = -0,31$ ), Reparación también asimetría negativa ( $A = -0,29$ ) y el índice de curtosis ligeramente positivo ( $C = 0,03$ ); y, para Claridad la asimetría es ligeramente positiva ( $A = 0,06$ ) con distribución leptocúrtica (1,27). La distribución de las puntuaciones de las tres dimensiones se observan en las figuras 49, 50 y 51.

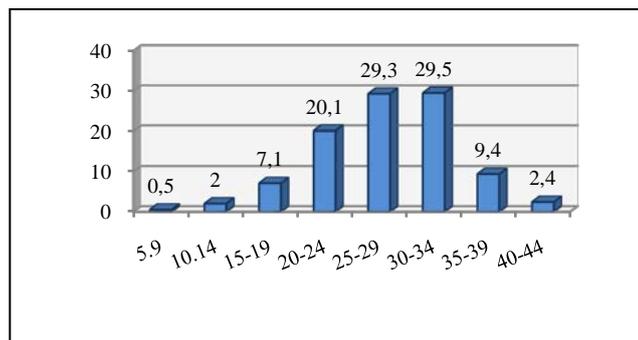
La puntuación media alcanzada en la dimensión Atención (25,85) se corresponde a un nivel adecuado de atención emocional según los puntos de corte del cuestionario TMSS en la validación en la población española de Fernández Berrocal<sup>259</sup>. En la dimensión Claridad la media obtenida (28,13) también se enmarca en nivel adecuado de claridad emocional, como ocurre con la puntuación media de la dimensión Reparación emocional (27,75).



**Fig. 49: Atención**



**Fig. 50: Claridad**



**Fig. 51: Reparación**

Por último, el análisis descriptivo del Maslach Burnout Inventor (MBI) se refleja en la tabla 11:

**Tabla 11: Descriptivos de las subescalas del Maslach Burnout Inventor (MBI)**

Escala	Media	Mediana	Dt	Mínimo	Máximo
Agotamiento	23,10	22	11,04	0	76
Despersonalización	6,36	6	5,32	0	25
Realización personal	33,48	34	7,37	0	48.

En la dimensión Agotamiento emocional la media es de 23,10 y Dt=11,04 (los valores se encuentran desde 0 a 54) predominan las puntuaciones positivas ( $A= 0,533$ ), con distribución leptocúrtica ( $C=,75$ ); igual ocurre con la Despersonalización con media de 6,36 Dt= 5,32 (puntuaciones de 0 a 30) y puntuaciones positivas ( $A= 0,82$ ) y curtosis ligeramente leptocúrtica ( $C= ,04$ ). Por el contrario, Realización personal obtiene una media de 33,48 y Dt=7,37 (puntuaciones entre 0 y 48) siendo el índice de asimetría negativo ( $A= -0,34$ ) y la distribución platicúrtica ( $C=-,05$ ).

Como se observa en la tabla 11, la media obtenida en nuestro estudio en agotamiento es más alta que la obtenida en la muestra de TEA (agotamiento media=20,86 Dt=:10,30). En despersonalización y en realización personal en nuestra muestra es más baja (TEA: despersonalización media=7,62 Dt=5,81 y realización media=35,71 Dt=8,08). Al comparar nuestros resultados con los de Gil-Monte y Peiró (2000) en su estudio para establecer los datos normativos en la población de Enfermería de España; resulta más alto agotamiento y en despersonalización en nuestra muestra, siendo más bajo en realización personal (agotamiento media = 22,58, Dt=11,04; despersonalización media = 6,08 Dt = 4,95 y realización personal media = 36,30 Dt = 6,48, expuesto en tabla 7).

A continuación realizamos un análisis para comprobar el porcentaje de enfermeras que presentan niveles bajo, medio y alto de burnout en las tres dimensiones de agotamiento, despersonalización y realización personal. Hemos aplicado los puntos de corte del manual del MBI de TEA (1997) para hallar los tres niveles bajo, medio y alto de burnout. La tabla 12 refleja los resultados encontrados en enfermeras, auxiliares y en el total de la muestra.

Nuestros datos resultan más altos en agotamiento, despersonalización y en realización que los aportados en el primer informe generado del proyecto de

Investigación RN4CAST (Registered Nurse Forecasting)<sup>290</sup> en Cuidados de Enfermería de ámbito europeo, para determinar las necesidades futuras de enfermeras en número y cualificación y que se publicó en mayo del 2013 ( en hospitales españoles arroja un nivel alto de agotamiento del 26,3%; en despersonalización el 12,4% y en realización personal del 27,8%). El baremo aplicado en este estudio es el del manual de Maslach de EEUU y los puntos de corte difieren de los utilizados en nuestro estudio del manual de TEA de España (en el de EEUU los puntos de corte en el nivel alto son Agotamiento  $\geq 27$ ; Despersonalización  $\geq 13$  y Realización personal  $> 31$ ).

**Tabla 12: Porcentaje de burnout en enfermeras, auxiliares y en la muestra total.**

Nivel de burnout	Enfermeras			Auxiliares			Total muestra		
	AE %	DP %	RP %	AE %	DP %	RP %	AE %	DP %	RP %
<b>Bajo</b>	19,0	45,7	18,6	24,6	36,5	21,4	20,5	42,3	19,4
<b>Medio</b>	39,3	27,5	38,9	24,6	31,0	27,8	34,1	28,6	34,4
<b>Alto</b>	38,5	24,3	40,5	45,2	27,0	45,2	40,9	25,2	42,5

Nota: AE= agotamiento emocional. DP= despersonalización. RP= Realización personal en el trabajo

Igualmente son más altos que los aportados por Albadalejo (2004)<sup>136</sup> donde el nivel bajo es un 20,6%, el 48,9% nivel medio y el 30,5% nivel alto de burnout total. Además el personal de enfermería más agotado, despersonalizado y realizado que el grupo de auxiliares/técnicos, diferente a nuestros resultados donde las auxiliares se muestran más agotadas, despersonalizadas y menos realizadas que las enfermeras.

Del mismo modo nuestros resultados son más altos que los de Amutio Kareaga (2008)<sup>139</sup> donde el 28,8% de la muestra presentaba niveles altos de cansancio emocional, también ocurre en el estudio de Aiken L. et al. del 2012<sup>117</sup> donde la muestra de enfermeras en España obtiene el 29%, en agotamiento.

## 6.5.- Procedimiento

En cuanto al procedimiento realizado, en primer lugar tras obtener la aprobación por parte de la Dirección de Enfermería del HUS, se informó del estudio a los supervisores de los diferentes servicios y la mayoría se ofrecieron voluntariamente a comunicar y entregar ellos mismos a los sujetos la documentación en sobre abierto. También se ofrecieron a recoger el sobre cerrado una vez cumplimentados por los sujetos. En los servicios restantes el sobre fue entregado en mano a los sujetos por la investigadora, a los que estaban presentes y en un lugar destinado para ello se dejaron el número suficiente para el resto de trabajadores de otros turnos.

El sobre abierto constaba de:

- una hoja informativa de los objetivos del proyecto, las indicaciones para su cumplimentación y las garantías de confidencialidad y anonimato de sus respuestas, y
- La batería de instrumentos

Una vez cumplimentado tenían que cerrar el sobre y debían entregarlo directamente al supervisor, a la investigadora o dejarlo en el lugar concertado para recogerlo.

Durante el año 2013 se repartieron un total de 720 cuestionarios y se recogieron 503, de ellos se consideraron no válidos un total de 132, bien porque entregaron el sobre abierto sin cumplimentar (122), en sobre cerrado en blanco (7) o por incorrecta cumplimentación (3). La muestra quedó finalmente formada por 381 sujetos. La tasa de respuesta del estudio fue de un 69,86 %.

## **6.6.- Análisis de datos**

Los datos se analizaron con el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, versión 20).

Realizamos un análisis descriptivo (media, desviación típica y mediana) para variables continuas. Así mismo, en los gráficos de las distribuciones se han identificado los coeficientes de asimetría (concentración de valores a la izquierda o derecha de la media) y curtosis o grado de apuntalamiento. Para los datos cualitativos empleamos porcentajes

Posteriormente para comprobar las hipótesis planteadas se utilizaron la diferencia de medias o t de Student para variables cuantitativas de dos categorías y análisis de varianza o ANOVA de un factor de efectos fijos para variables de más de dos categorías. Se realizaron comparaciones “a posteriori” entre los diferentes grupos mediante el test de Scheffé.

Finalmente se hace análisis multivariantes de regresión paso a paso (stepwise), con el fin de determinar las variables que influyen en la variable dependiente, el burnout en enfermería, uno por cada dimensión del MBI.

Para el contraste de hipótesis se fija el nivel de significación estadística de 0,05, es decir, un nivel de confianza del 95%.

## *RESULTADOS Y DISCUSIÓN*



## 7.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 7.1. Primera hipótesis

*Los sujetos cuyas expectativas de control personal sean más altas ofrecerán mayor resistencia a las presiones y frustraciones laborales que habitualmente soportan los profesionales de enfermería.*

Para comprobar esta hipótesis se realizaron sucesivos análisis de varianza de un factor de efectos fijos (ANOVA), donde como variable independiente se introducen las puntuaciones de las distintas escalas de Expectativas Generalizadas de Control, previamente categorizadas en tres grupos en función de los percentiles 25 y 75 (alto, medio y bajo) y como variables dependiente, siempre se introducen las puntuaciones en cada una de las tres dimensiones del burnout (agotamiento, despersonalización y realización).

En el primer ANOVA introdujimos la expectativa de contingencia, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(362)} = 11,67$ ,  $p_a = ,0001^{**}$ ) (figura52). Es decir, a mayor expectativa de contingencia menor agotamiento.

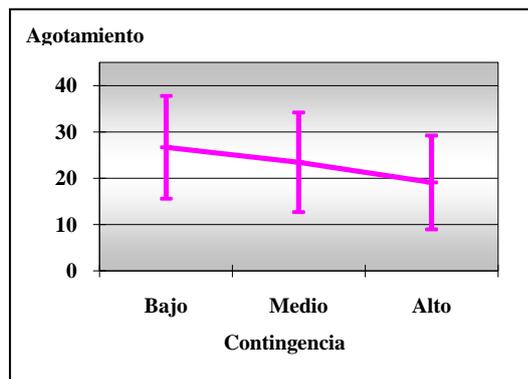


Fig. 52: Contingencia y Agotamiento

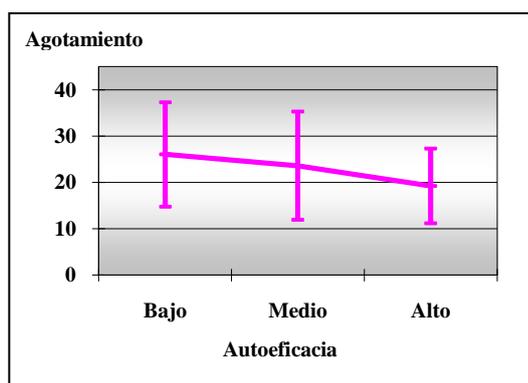
A continuación realizamos los análisis posteriores con la F de Scheffé, las diferencias se producen entre el grupo cuya contingencia es mayor y los otros dos, es

decir los sujetos que tienen niveles medios y bajos de contingencia no presentan diferencias en agotamiento emocional (tabla 13)

**Tabla 13: Análisis Post Hoc: Contingencia y Agotamiento**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	3,27	,055
	Alta	7,57	,0001**
Media	Alta	4,30	,009*

En el siguiente análisis se comprueba el efecto de la autoeficacia sobre el agotamiento emocional, indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas (  $F_{(361)}= 10,11$   $p_a=,0001^{**}$ ) (figura 53); a mayor autoeficacia menor agotamiento.



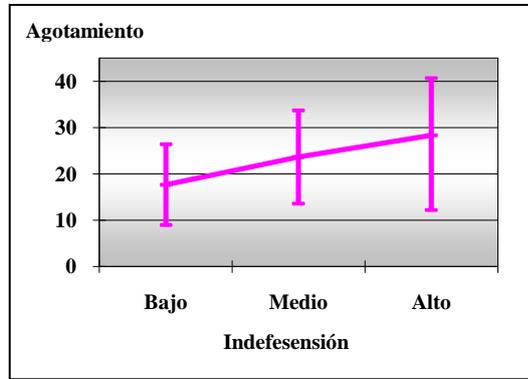
**Fig. 53: Autoeficacia y Agotamiento**

Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, las diferencias se producen entre los tres grupos, es decir, la variable autoeficacia discrimina en los tres niveles de burnout (tabla 14):

**Tabla 14: Análisis Post Hoc: Autoeficacia y Agotamiento**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	2,24	,019 *
	Alta	6,78	,0001**
Media	Alta	4,34	,009*

En el siguiente análisis se comprueba el efecto de la indefensión sobre el agotamiento emocional, de nuevo los resultados ofrecen diferencias significativas ( $F_{(3612)} = 24,59 p_{a=,0001}^{**}$ ) (figura 54); a más alta indefensión mayor agotamiento.



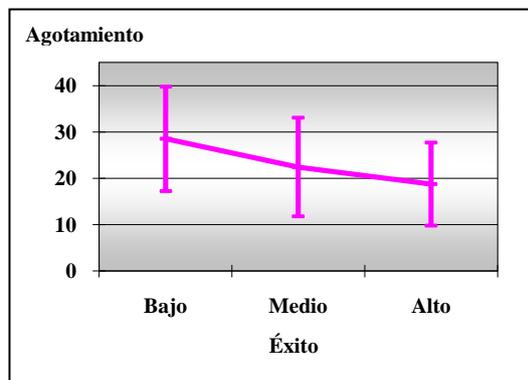
**Fig. 54: Indefensión y Agotamiento**

En los análisis a posteriori, las diferencias se producen de nuevo entre todos los grupos (tabla 15):

**Tabla 15: Análisis Post Hoc: Indefensión y Agotamiento**

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	-6,00	,0001**
.....Alta	-10,65	,0001**
Media Alta	-4,64	,003*

Aplicamos un nuevo ANOVA con la expectativa éxito (figura55); con una expectativa de éxito mayor aparece menor agotamiento.



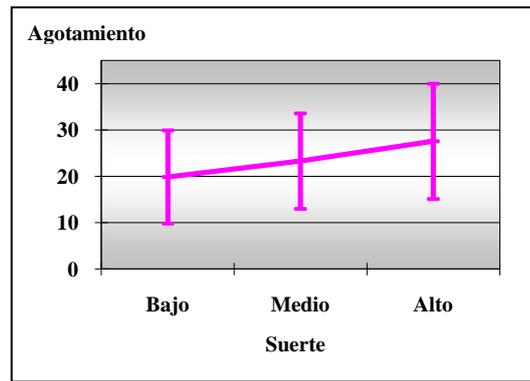
**Fig. 55: Éxito y Agotamiento**

Los resultados son significativos ( $F_{(362)}= 21,32$   $p_a=,0001^{**}$ ). Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, las diferencias se producen entre los tres grupos (tabla 16):

**Tabla 16: Análisis Post Hoc: Éxito y Agotamiento**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	6,06	,0001**
.....Alta		9,77	,0001**
Media	Alta	3,69	,027*

En el siguiente análisis fue suerte la expectativa introducida, indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(362)}= 10,78$   $p_a=,0001^{**}$ ) (figura 56). Más alta expectativa de suerte mayor agotamiento.



**Fig. 56: Suerte y Agotamiento**

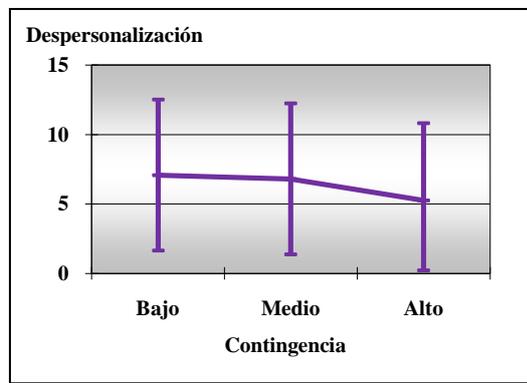
Al realizar los análisis posteriores, de nuevo las diferencias se dan entre las tres categorías de la expectativa de suerte (tabla 17):

**Tabla 17: Análisis Post Hoc: Suerte y Agotamiento**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-370	,045*
.....Alta		-7,69	,000**
Media	Alta	-4,28	,015*

A continuación, realizamos el mismo proceso, pero en esta ocasión la variable dependiente son las puntuaciones obtenidas en *Despersonalización* (MBI):

En el primer ANOVA comprobamos el efecto de las contingencia sobre la despersonalización, indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(3,64)} = 3,24$ ,  $p_a = ,040$ ). En la figura 57, se puede observar que los sujetos con las puntuaciones en expectativas más altas de contingencia tienen menos despersonalización:



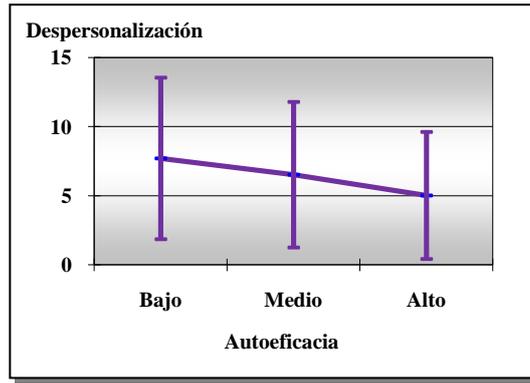
**Fig. 57: Contingencia y Despersonalización**

Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, comprobamos que no existen diferencias entre los grupos (tabla 18).

**Tabla 18: Análisis Post Hoc: Contingencia y Despersonalización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	,29	,923
	Alta	1,81	,069
Media	Alta	1,54	,087

En el siguiente análisis de varianza introdujimos la expectativa de autoeficacia sobre la despersonalización indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(3,63)} = 6,53$ ,  $p_a = ,002$ ) (figura 58):



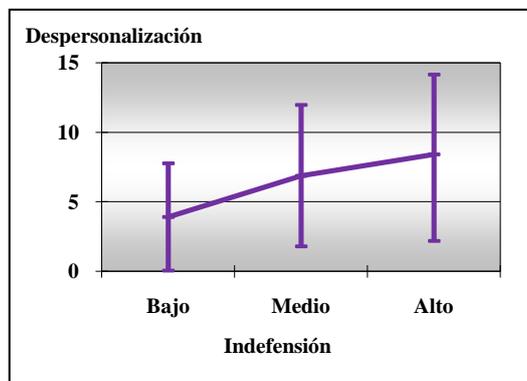
**Fig. 58: Autoeficacia y Despersonalización**

Al realizar los análisis a posteriori con la F de Scheffé, existen diferencias entre el nivel bajo y alto, es decir, son las categorías extremas en autoeficacia donde se produce el mayor contraste. Evidentemente aquellos participantes que poseen menor expectativa de autoeficacia evidencian mayor despersonalización, por el contrario, los que tienen mayor expectativa su despersonalización es mucho menor (tabla 19):

**Tabla 19: Análisis Post Hoc: Autoeficacia y Despersonalización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Alta	2,69	,002*
	Media	1,17	,197
Media	Alta	1,51	,094

En el siguiente análisis la expectativa fue la de indefensión, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(364)} = 18,73$ ,  $p_a = ,0001^{**}$ ) (figura 59):



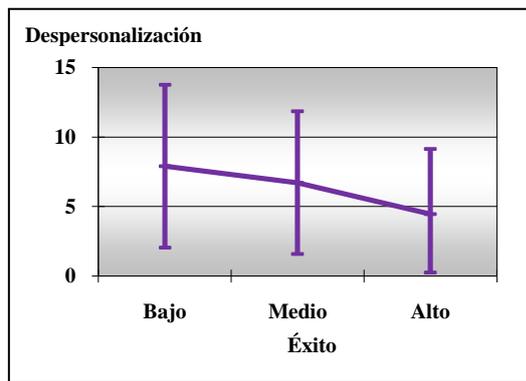
**Fig. 59: Indefensión Despersonalización**

Al realizar los análisis post hoc, comprobamos que las diferencias se producen entre el grupo de participantes con menor expectativa de indefensión y los otros dos. Es decir, cuando los sujetos tienen expectativas de mayor indefensión, la despersonalización es mayor. La sensación de menor defensa ante los problemas laborales conlleva a actitudes y relaciones más deshumanizadas con los pacientes (tabla20):

**Tabla 20: Análisis Post Hoc: Indefensión y Despersonalización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-2,96	,0001**
	Alta	-4,50	,0001**
Media	Alta	-1,51	,069

En la siguiente ANOVA se introducen las puntuaciones de la expectativa de éxito sobre la despersonalización indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(364)} = 10,28$   $p_a = ,0001^{**}$ ). (figura 60). Es decir, a mayor nivel de expectativas de éxito menos despersonalización.



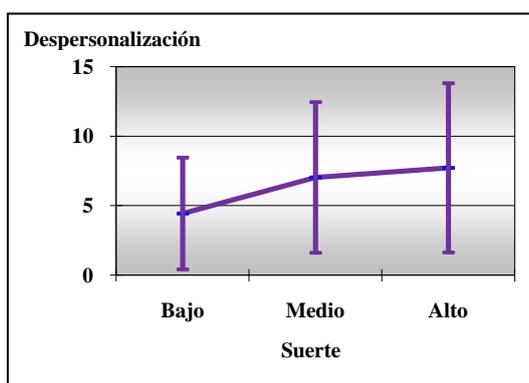
**Fig. 60: Éxito y Despersonalización**

Con los análisis posteriores comprobamos que las diferencias se producen entre el grupo con alta expectativa de éxito y las otras dos (tabla 21):

**Tabla 21: Análisis Post Hoc: Éxito y Despersonalización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Alta	3,44	,0001**
Media	Alta	2,24	,005*
Baja	Media	1,19	,193

En la siguiente ANOVA introdujimos la expectativa de suerte (Fig. 61):



**Fig. 61: Suerte y Despersonalización**

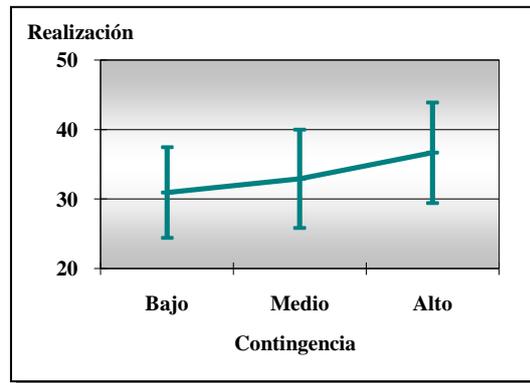
Los resultados son significativos ( $F_{(364)} = 10,43$   $p_a = ,0001^{**}$ ); a mayor expectativa de suerte más despersonalización. Al realizar los análisis con la F de Scheffé, existen diferencias entre la categoría más baja y los otros dos. (tabla 22):

**Tabla 22: Análisis Post Hoc: Suerte y Despersonalización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-2,59	,0001**
	Alta	-3,29	,0001**
Media	Alta	-,69	,624

Para finalizar la comprobación de esta primera hipótesis, se realiza el mismo proceso pero como variable dependiente en los ANOVAS se introducen las puntuaciones obtenidas en *Realización personal*.

El primero de estos análisis se efectúa considerando como variable independiente los tres grupos obtenidos en la expectativa de contingencia (percentiles 25 y 75). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(365)} = 16,29$   $p_a = ,0001^{**}$ ). Como podemos observar en la figura 62, a mayor expectativa de contingencia más altas puntuaciones obtienen en realización personal en el trabajo.



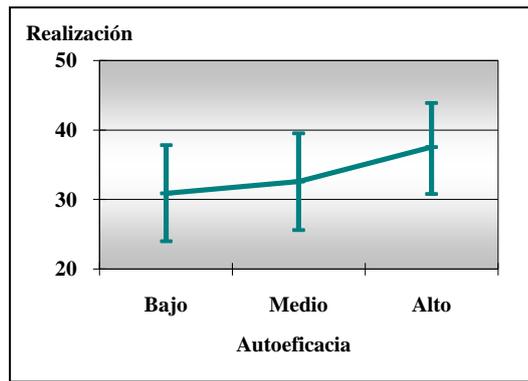
**Fig. 62: Contingencia y Realización**

Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, las diferencias se producen entre el grupo con los niveles más bajos de expectativas con los otros dos (tabla 23):

**Tabla 23: Análisis Post Hoc: Contingencia y Realización personal**

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	-1,97	,081
Alta	-5,72	,0001**
Media Alta	-3,75	,0001**

En el siguiente ANOVA con la expectativa de autoeficacia también encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(364)} = 23,84$   $p_a = ,0001^{**}$ ) (figura 63):



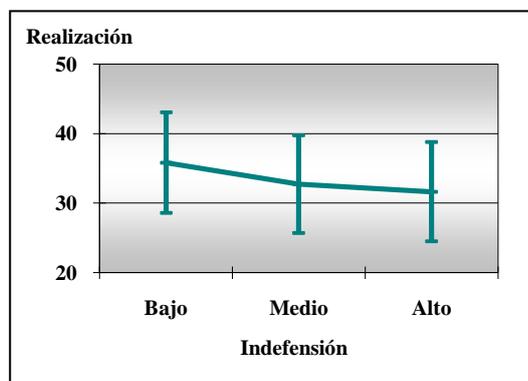
**Fig. 63: Autoeficacia y Realización**

Al realizar los análisis post hoc con la F de Scheffé, de nuevo, las diferencias se producen entre el grupo con la expectativa más alta y los otros dos (tabla 24):

**Tabla 24: Análisis Post Hoc: Autoeficacia y Realización personal**

Variables	Dif. Medias	p
Baja Alta	-6,44	,0001**
Media Alta	-4,76	,0001**
Baja Media	-1,67	,139

En la siguiente ANOVA introdujimos la expectativa de indefensión, indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(365)} = 8,92$   $p_a = ,0001^{**}$ ) (figura 64); a mayor indefensión se produce una menor realización.



**Fig. 64: Indefensión y Realización**

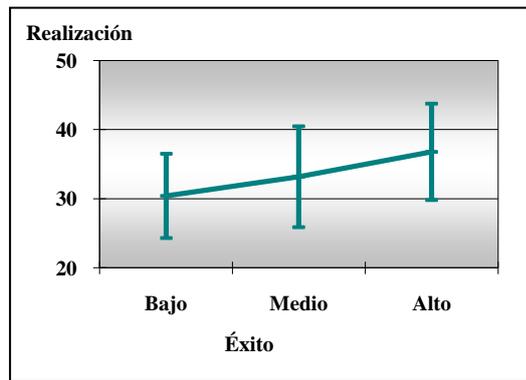
Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé:

**Tabla 25: Análisis Post Hoc: Indefensión y Realización personal**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	3,07	,003*
	Alta	4,17	,0001**
Media	Alta	1,10	,489

Como vemos, las diferencias se producen entre el grupo bajo y los otros dos (tabla 25):

En la siguiente ANOVA introducimos la expectativa de éxito, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(365)} = 19,73$   $p_a = ,0001^{**}$ ) (figura 65); cuanto más alta es la expectativa de éxito mejor es la realización.



**Fig. 65: Éxito y Realización**

Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, las diferencias se producen entre todos los grupos (tabla 26):

**Tabla 26: Análisis Post Hoc: Éxito y Realización personal**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-2,75	,007*
	Alta	-6,35	,0001**
Media	Alta	-3,60	,0001**

En la siguiente ANOVA al realizar el análisis con la expectativa de suerte sobre la realización personal los resultados no ofrecen diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(365)} = 2,20$   $p_a = ,111$ ).

Como hemos descrito en los resultados existen diferencias significativas en todas las expectativas de control personal con efecto sobre el agotamiento y despersonalización del burnout. Con los niveles de realización personal en el trabajo los resultados indican diferencias significativas únicamente en cuatro expectativas que son: contingencia, autoeficacia, indefensión y éxito.

Se observa que cuando el profesional de Enfermería tiene más seguridad en la contingencia de su trabajo, es decir, cuando cree que sus esfuerzos se adecúan a los resultados obtenidos con sus actos, cree en sus propias capacidades para desarrollar sus responsabilidades, para manejar los distintos estresores laborales y si cree que puede conseguir el resultado deseado al realizarlo, se agota menos, trata a los usuarios con menos despersonalización y se siente más realizada en su trabajo. En suma, es menor su agotamiento y despersonalización siendo mayor la realización personal.

Sin embargo sucede lo contrario con la expectativa de indefensión y la de suerte, es decir, cuando sus resultados se deben al azar y no puede hacer nada por modificar las circunstancias de su trabajo o que independientemente de lo que haga nada en el trabajo cambiará, mayor es el agotamiento, la despersonalización y se siente menos realizado/a a nivel laboral.

Estos resultados son coincidentes con numerosos estudios que evidencian que las creencias de autocontrol y autoeficacia pueden influir en el desarrollo de los niveles del burnout tanto de forma directa como de forma moduladora.<sup>179,201-208</sup>

Cherniss (1993)<sup>96</sup> afirma que los sentimientos de competencia actúan como motivadores en las personas, y que cuando esos sentimientos se frustran, se

experimentan síntomas como el agotamiento emocional característico del burnout. La autoeficacia percibida ante situaciones estresantes o amenazantes, generará así, unas expectativas sobre los resultados en función de la convicción por parte del individuo de que no sólo posee los recursos de afrontamiento necesarios sino que además es capaz de mantener una flexibilidad adaptativa que le permita controlar las demandas de la situación.

De acuerdo con Schaufeli, Leiter y Maslach,<sup>2</sup> los individuos que se perciben con autoeficacia profesional, con capacidad para resolver las situaciones laborales, sienten que tienen control, que pueden hacer algo para modificar la situación, y ello hace que se sientan mejor realizados en el trabajo.

Comparando nuestros resultados con las investigaciones revisadas que han utilizado la misma batería de medición, Hernández-Martín et al. (2006)<sup>2013</sup> encontraron que trabajadores (de prisiones) clasificados en el grupo alto en burnout, mostraba un perfil determinado por: mayor expectativa de indefensión y suerte, en cambio, evidenciaban menor expectativa de éxito, autoeficacia y contingencia.

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios en el contexto sanitario que han utilizado los mismos instrumentos, como el realizado por Manzano y Ramos.(2000)<sup>214</sup> en el que la autoeficacia es significativamente la variable determinante del grado de estrés crónico asistencial. Los sujetos con baja autoeficacia, que se sienten indefensos, se implican menos en la tarea diaria, lo que les lleva a bajos sentimientos de realización personal y que si se hacen crónicos los estresores laborales desembocarán en un elevado agotamiento emocional y frustración, adoptando, como consecuencia, actitudes de despersonalización.

En otro estudio posterior, Manzano (2001)<sup>74</sup> evidencia en los profesionales de enfermería una correlación positiva entre el control personal percibido y los

sentimientos de realización personal y una correlación negativa con despersonalización. Además evidencia la prevalencia de correlaciones positivas entre el grado de indefensión del sujeto y despersonalización y agotamiento emocional, así como la existencia de una correlación negativa entre la indefensión y el nivel de realización personal en el trabajo. Los sentimientos de cansancio emocional y despersonalización están correlacionados positivamente con el grado de confianza en la suerte, y ésta a su vez correlaciona negativamente con los sentimientos de realización personal. Fernández Calvo et al. (2001)<sup>215</sup> encuentra que los cuidadores formales de ancianos con síndrome de burnout se creen menos eficaces, perciben como incontrolables los acontecimientos y, por consiguiente, no esperan conseguir lo que desean.

En la línea de nuestros resultados, investigaciones que han utilizado el término de expectativas generales desde otro modelo y evaluados con un instrumento diferente, han encontrado relaciones significativas entre la autoeficacia y las tres dimensiones del MBI. Cabe destacar la realizada por Grau et al. (2010)<sup>53</sup> en una investigación longitudinal donde concluye que la autoeficacia se relacionaba de forma significativa con las tres dimensiones del burnout destacando su asociación con la realización personal en el trabajo con la que mantiene una relación bidireccional.

Otro estudio realizado por Garrosa et al. (2005)<sup>7</sup>, encuentra que la indefensión presenta una asociación positiva con los sentimientos de agotamiento emocional y con despersonalización. La expectativa de autoeficacia laboral se asocia de manera inversa con la despersonalización. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Manzano, mencionados anteriormente, donde los sentimientos de indefensión muestran un efecto causal directo de signo positivo sobre los elementos del síndrome.

Gil Monte analiza el papel modulador de la autoeficacia, los resultados mostraron que la sobrecarga laboral y la autoeficacia fueron predictores significativos de las

dimensiones agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización. Al comprobar los efectos moduladores de la autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral sobre las tres dimensiones del MBI sólo resultó significativo el efecto modulador de la autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral y agotamiento emocional<sup>154</sup>.

Por otro lado, no todos los estudios hallan las mismas relaciones significativas con las tres dimensiones del burnout, es el caso de Rios<sup>127</sup> con profesionales de enfermería, encuentra que el grado de autoeficacia generalizada percibida, se relaciona de forma significativa, tan sólo con la dimensión de despersonalización.

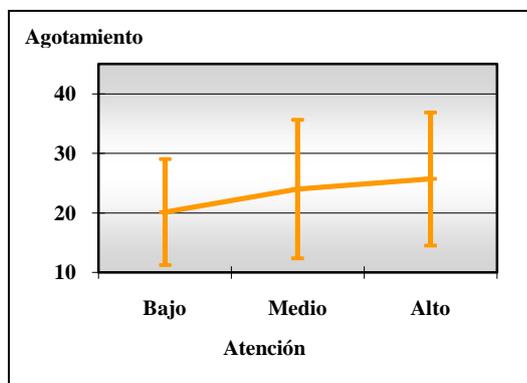
Por tanto, consideramos que los hallazgos encontrados en nuestro estudio validan la hipótesis, indicando que una expectativa positiva de contingencia, autoeficacia y éxito tienen un efecto protector ante el agotamiento, despersonalización y realización personal en el trabajo de las enfermeras. Conclusión que se observa en la mayoría de las investigaciones, a pesar de las divergencias en la conceptualización del término “expectativa” o en la metodología estadística utilizada.

**7.2.- Segunda Hipótesis.**

*Los sanitarios que posean habilidades para manejar mejor los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones, serán menos vulnerables al burnout.*

Para comprobar la hipótesis se realizaron sucesivos análisis de varianza de un factor de efectos fijos (ANOVA), donde como variable dependiente se introducen cada una de las tres dimensiones del burnout (agotamiento, despersonalización y realización) y como variable independiente las puntuaciones de la TMMS en las tres subescalas de atención, claridad y reparación emocional, previamente categorizadas en tres grupos en función de los percentiles 25 y 75 (bajo, medio y alto).

En el primer análisis de varianza realizado con la atención emocional, los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativa ( $F_{(3,60)} = 6,85$   $p_a = ,001$ ). (figura 66), a más atención emocional mayor agotamiento.



**Fig. 66: Atención y Agotamiento**

Al realizar los análisis a posteriori con la F de Scheffé, aparecen diferencias significativas entre el grupo bajo y los otros dos. Como se puede comprobar en la tabla 27, no existen diferencias entre los sujetos con media atención emocional y los pertenecientes al grupo de alta atención.

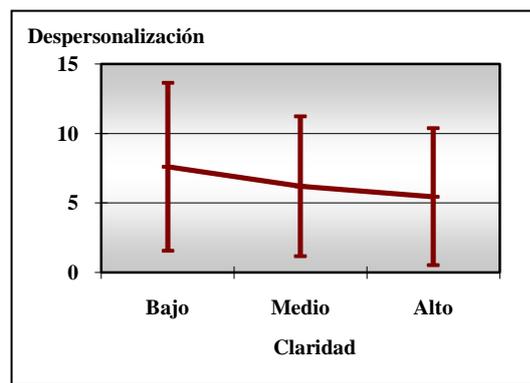
**Tabla 27: Análisis Post Hoc: Atención y Agotamiento**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-3,86	,016*
	Alta	-5,56	,003*
Media	Alta	-1,69	,504

En los siguientes ANOVAs se introducen las categorías de claridad emocional y reparación emocional, los resultados no son estadísticamente significativos en ninguno de ellos ( $F_{\text{claridad (359)}} = ,957$   $p_a = ,385$ ), ( $F_{\text{reparación (362)}} = ,828$   $p_a = ,438$ ).

En segundo lugar los ANOVAs se realizan teniendo como variable dependiente las puntuaciones en despersonalización. Los resultados indican que la atención emocional ( $F_{(362)} = 1,57$   $p_a = ,209$ ) y la reparación emocional ( $F_{(364)} = ,857$   $p_a = ,425$ ) no revelan diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo, si obtenemos efecto de la variable claridad emocional ( $F_{(361)} = 3,90$   $p_a = ,021$ ) sobre despersonalización (figura 67). A más claridad emocional menor despersonalización.



**Fig. 67: Claridad y Despersonalización**

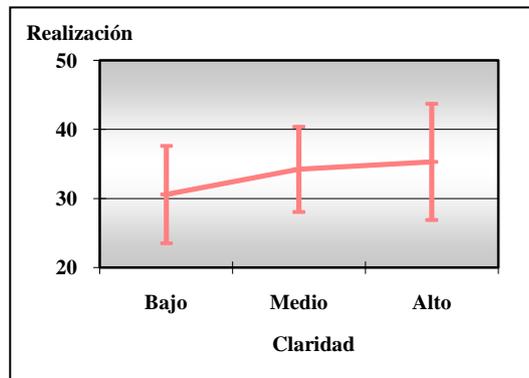
Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, aparece diferencias significativas tan sólo entre el grupo bajo y el alto.(tabla 28)

**Tabla 28: Análisis Post Hoc: Claridad y despersonalización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Alta	2,15	,029*
	Media	1,38	,110
Media	Alta	,767	,571

En los análisis de varianza de un factor realizados sobre realización personal, el primero realizado con la atención emocional no ofrece diferencias ( $F_{(363)} = ,054$   $p_a = ,948$ ).

El realizado con la claridad emocional, si existen diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(362)} = 12,56$   $p_a = ,0001^{**}$ ) (Fig.68), con más claridad emocional mayor realización personal en el trabajo.



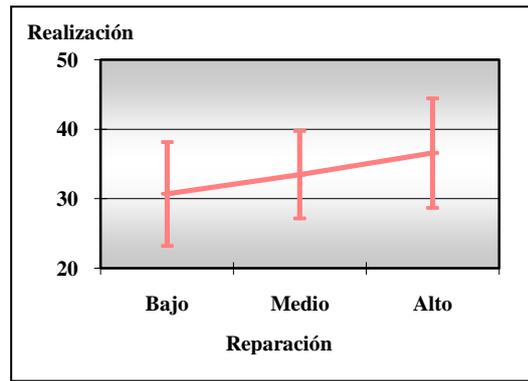
**Fig. 68: Claridad y Realización**

**Tabla 29: Análisis Post Hoc: Claridad y Realización**

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-3,64	,0001*
	Alta	-4,73	,0001*
Media	Alta	-1,08	,520

Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, aparece significativa entre el grupo bajo y los otros dos (tabla 29).

El ANOVA realizado con reparación emocional, el resultado también indicó diferencias ( $F_{(365)} = 15,91$   $p_a = ,0001^{**}$ ) (fig.69), con mayor capacidad de reparación emocional mayor realización personal.



**Fig. 69: Reparación y Realización**

Al realizar los análisis posteriores con la F de Scheffé, aparece diferencia significativa entre todos los grupos (tabla 30).

**Tabla 30: Análisis Post Hoc: Reparación y Realización**

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	-2,76	,006*
Baja Alta	-5,88	,000*
Media Alta	-3,11	,005*

De las habilidades medidas de Inteligencia Emocional, sólo la atención se asocia con el Agotamiento. Cuando los sujetos están más pendientes de sus emociones y las de los demás el agotamiento emocional es mayor. Este hecho podría interpretarse como resultado de una focalización constante en sus emociones que deja menos espacio para la atención y dedicación personal y profesional y puede ser indicativo de que las

enfermeras no manejan adecuadamente sus emociones, aspecto éste central en su trabajo.

El resultado es acorde con los estudios revisados, en los que se evidencia que para desarrollar una buena Inteligencia Emocional se debe tener, para empezar, una adecuada atención, si ésta se excede puede entonces resultar perjudicial. Con respecto a la atención emocional se considera que cuando las personas atienden de manera excesiva a sus emociones, podrían incrementarse los pensamientos rumiativos o, incluso, sus estados de ánimo ansioso-depresivos (Salovey, et al., 2000)<sup>220</sup>.

Evidencias acumuladas indican que la IE juega un papel muy importante en el autocontrol de las emociones y en la capacidad adaptativa del individuo. para afrontar situaciones estresantes. En general, los estudios afirman que las mujeres prestan mayor atención a las emociones y son más empáticas esto se asocia a un estilo de afrontamiento centrado en las propias emociones, mientras que los hombres presentan mayores niveles de autorregulación emocional ante las situaciones de estrés. Son la claridad y reparación emocional los factores que actúan como protectores en la salud mental y frente a los estresores<sup>291</sup>.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos de diversos autores como Limonero et al.<sup>263</sup> donde el componente de Atención correlaciona significativamente con alguno de los factores de estrés laboral. Con estudiantes de enfermería Augusto-Landa y Montes-Berges (2009)<sup>271</sup>, encuentran que puntuaciones altas en atención a las emociones se asocian negativamente con el rol emocional. Resultados en la misma línea que los de Aguilar-Luzón y Augusto-Landa (2009)<sup>273</sup> donde la atención a las emociones se asoció positivamente con el rasgo neuroticismo.

Nuestros datos no son concordantes con los descubrimientos de otras investigaciones para el desgaste profesional (Garrosa *et al*, 2005; Zapf 2001)<sup>7,17</sup> en los que aparece la discriminación emocional como variable predictora de las tres dimensiones de burnout; agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización.

En cuanto a las habilidades de la Inteligencia Emocional que se asocian con despersonalización en nuestro estudio sólo ocurre con la claridad que se relaciona de manera inversa, es decir, cuando se perciben más capaces de comprender sus emociones y las de los demás el trato a los pacientes es menos despersonalizado.

Este resultado es coincidente con Garrosa *et al.* (2005)<sup>7</sup> donde la claridad emocional también se asocia de manera inversa con despersonalización, cuando comprenden mejor sus emociones y las de los demás la despersonalización es menor.

Ortiz (2011)<sup>269</sup>, informa que el desgaste laboral del médico de pregrado se explicaba por una baja atención emocional y falta de claridad en sus emociones<sup>269</sup>. Y Preciado y Chávez (2010)<sup>270</sup>, con una muestra de estudiantes de Enfermería, encuentran asociación entre dos de los factores psicosociales relacionados con la actividad profesional, (contenido de la tarea y relaciones interpersonales), y la dimensión de claridad.

Por último, nuestros datos son coincidentes igualmente con otras investigaciones sobre el desgaste profesional<sup>7</sup> y las habilidades de la Inteligencia Emocional que se asocian con realización personal en el trabajo. En nuestro estudio se muestra la claridad junto a la reparación, es decir, la habilidad de comprender y saber regular sus emociones se asocia a una mayor realización personal en el trabajo.

Según Extremera et al., (2003)<sup>281</sup> las emociones y la capacidad del individuo para regularlas juegan un papel primordial, estableciendo que las personas con alta percepción en su regulación emocional presentan menor agotamiento, menor despersonalización y mayor realización personal en el trabajo. En este estudio, realizado con docentes, presentan a los de mayor edad, con tendencia a suprimir las emociones junto a menor capacidad de reparación emocional con mayor agotamiento emocional; cuando la tendencia es suprimir pensamientos negativos y con baja capacidad de reparar sus estados afectivos se producía mayor despersonalización y los profesores con una elevada capacidad de discriminar y reparar sus estados emocionales mostraban mayor realización personal.

Limonero et al.<sup>263</sup> en su estudio con enfermeras muestra que los sujetos con altas puntuaciones en el componente Comprensión o en el de Regulación de la IEP, presentan menores niveles de estrés<sup>263</sup>. Para Aguilar-Luzón y Augusto-Landa (2009)<sup>273</sup> los estudiantes de enfermería que se perciben más capaces de distinguir sus experiencias emocionales también se perciben más capaces de regular sus emociones.

Augusto-Landa y Montes-Berges (2009)<sup>271</sup>, de nuevo con estudiantes de enfermería, evidencian que la dimensión de reparación emocional correlaciona positivamente con los componentes de funcionamiento social, salud mental, vitalidad y nivel de salud general. En el estudio Augusto Landa et al.<sup>272</sup>, aparecen las dimensiones de claridad y regulación de las emociones asociadas positivamente con las distintas dimensiones del auto-concepto.

Berrios et al. (2006)<sup>282</sup> en su estudio con los profesionales de enfermería que se perciben con alta capacidad de regulación emocional aportan una puntuación más alta en satisfacción laboral, también han relacionado de forma negativa la IE con burnout,

atribuyendo además a los factores de la IE la influencia en la tendencia a suprimir el afecto negativo y potenciar el afecto positivo<sup>282</sup>.

Los estudios en general presentan un patrón característico de personas con mejores niveles de adaptación psicológica, y han sido aquellas caracterizadas por puntuaciones moderadas-bajas en Atención y altas puntuaciones en Claridad y Reparación emocional (Extremera y Fernández- Berrocal, 2005)<sup>260</sup>.

Los resultados obtenidos confirman de manera parcial la hipótesis. En base al modelo de habilidades de IE de Salovey y Mayer, para desarrollar una buena Inteligencia Emocional se debe tener, para empezar, una adecuada atención emocional seguida de una adecuada comprensión y regulación de las emociones. En nuestro estudio se comprueba que con mayor comprensión de las emociones propias y de los demás se produce menor despersonalización y con mayor comprensión junto a la regulación de las emociones se sienten más realizados los profesionales en el trabajo. Mientras que las enfermeras con mayor atención a sus emociones, presentan más agotamiento emocional.

Por tanto, focalizar en exceso la atención en las propias emociones no es adaptativo. Las enfermeras en situaciones que pueden generar estrés, al no poder eliminar esas situaciones propias de la actividad profesional serán esenciales las habilidades de una adecuada atención para después comprender y regular esas emociones.

### 7.3.- Tercera hipótesis

*Los estresores laborales o las cargas y exigencias externas que sufren los profesionales sanitarios son factores determinantes en el síndrome de burnout.*

Para comprobarla se realizaron sucesivos análisis de diferencia de medias o t de Student, incluyendo como variable independiente las puntuaciones obtenidas en los nueve factores del cuestionario de estrés laboral (NSS), previamente categorizado en función del percentil 50. Como variable dependiente, las puntuaciones del MBI en sus tres dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los resultados se muestran en la tabla 31

**Tabla 31: Factores NSS y Dimensiones de Burnout**

<b>Factor</b>	<b>Agotamiento</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización</b>
<b>Muerte y sufrim.</b>	$t_{(336)} = -3,17; pa = ,002^*$	$t_{(338)} = -2,47; pa = ,014^*$	$t_{(339)} = ,747; pa = ,456$
<b>Carga de trabajo</b>	$t_{(341)} = -6,08; pa = ,0001^*$	$t_{(342)} = -3,90; pa = ,0001^*$	$t_{(343)} = ,632; pa = ,528$
<b>Incertidumbre tto</b>	$t_{(336)} = -3,35; pa = ,001^*$	$t_{(339)} = -3,16; pa = ,002^*$	$t_{(340)} = ,030; pa = ,976$
<b>Prob. Jerarquía</b>	$t_{(345)} = -4,20; pa = ,0001^*$	$t_{(346)} = -2,68; pa = ,008^*$	$t_{(347)} = -,065; pa = ,949$
<b>Prep. Insuficiente</b>	$t_{(340)} = -5,16; pa = ,0001^*$	$t_{(343)} = -5,60; pa = ,0001^*$	$t_{(344)} = 2,68; pa = ,008^*$
<b>Falta de apoyo</b>	$t_{(350)} = -2,90; pa = ,004^*$	$t_{(352)} = -3,97; pa = ,0001^*$	$t_{(353)} = ,708; pa = ,479$
<b>Prob. enfermería</b>	$t_{(355)} = -4,05; pa = ,000^*$	$t_{(356)} = -3,16; pa = ,002^*$	$t_{(357)} = -,181; pa = ,857$
<b>Cambio de servicio</b>	$t_{(351)} = -1,05; pa = ,293$	$t_{(353)} = -,792; pa = ,429$	$t_{(354)} = -1,32; pa = ,188$
<b>Manejo equipo</b>	$t_{(352)} = -1,89; pa = ,060$	$t_{(354)} = -1,06; pa = ,286$	$t_{(355)} = ,978; pa = ,329$
<b>C.Total</b>	$t_{(305)} = -6,05; pa = ,0001^*$	$t_{(307)} = -5,77; pa = ,0001^*$	$t_{(308)} = 2,64; pa = ,009^*$

A partir de los resultados obtenidos se puede afirmar que las enfermeras en situaciones de contacto con el dolor y la muerte, con carga de trabajo, incertidumbre en el tratamiento, con problemas con la jerarquía, una preparación insuficiente, falta de

apoyo y problemas entre sus compañeros, tienen mayor agotamiento emocional y despersonalización.

En realización personal aparecen diferencias significativas, solamente, en la situación de preparación insuficiente.

En las situaciones de cambio de servicio y problemas en el manejo del equipo no aparecen diferencias significativas sobre las tres dimensiones de burnout.

Nuestros resultados van en la línea de las investigaciones revisadas<sup>6,26,292-301</sup> como los aportados por Aiken quien en su estudio, sobre los factores de riesgo psicosocial en los profesionales sanitarios, señala la sobrecarga, medida por el coeficiente-ratio pacientes/enfermera, ampliamente relacionada con el burnout y, de manera más específica, con el agotamiento emocional<sup>143,144</sup>. En el mismo sentido se expresa el estudio de Piko (2006)<sup>292</sup>, que mostró el conflicto de rol (requerimientos por más de dos personas o tareas incompatibles) como el factor que contribuía a que las enfermeras estuviesen agotadas y presentaran despersonalización.

En otras investigaciones se ha considerado como estresor que se asocia a burnout, la exigencia de competencia emocional del profesional para responder al tipo de padecimiento y severidad del paciente<sup>284</sup>. En estas investigaciones, es reconocido que en la atención al paciente, las demandas emocionales son diferentes para las enfermeras según los padecimientos de los mismos y se han documentado diferentes prevalencias del síndrome de burnout según distintas áreas de atención del paciente, en oncología, en críticos y paliativos, entre otras<sup>295-300, 132, 133, 167, 168</sup>.

Laschinger et al. (2006)<sup>293</sup> mostraron que el estilo de liderazgo en enfermería, encaminado a mejorar el número y formación de las enfermeras y unas relaciones

adecuadas entre enfermera-médico se asocia a no presentar burnout y menor intención de abandono del trabajo, al sentir mayor realización personal en el mismo.

En otras investigaciones se señala a la sobrecarga laboral y la reducción de plantilla como factores directamente relacionados con la organización. A estos sigue el contacto diario con el sufrimiento y la muerte y los sentimientos de responsabilidad de la vida humana y, por último, las relaciones interpersonales en el ambiente laboral, la incertidumbre en el diagnóstico, tratamiento de los pacientes y comunicación de malas noticias (Escribá-Agüir, 2002)<sup>294, 175</sup>.

Artero et al. (2001)<sup>295</sup> encontraron que la incertidumbre en el trabajo y las difíciles relaciones con sus pacientes y familias, eran situaciones que aumentaba la posibilidad de sufrir el síndrome de burnout en enfermeras que trabajaban en oncología. También observaron la falta de competencia de los gestores y la falta de tiempo como algunas de las más importantes fuentes de estrés en estos trabajadores.

En la misma línea, Garrosa<sup>7</sup> encuentra la sobrecarga y el contacto con el dolor y la muerte son significativos en la despersonalización. La interacción conflictiva y sobrecarga ejercen su influencia sobre la realización personal. Es decir, el exceso de demandas cuantitativas y cualitativas disminuye la calidad del cuidado ya que el trabajador realiza su trabajo en función de la capacidad, tiempo y recursos disponibles, de este modo la enfermera afronta la situación con conductas menos personales y despersonalizada, para hacer frente a las demandas laborales, lo que disminuye la calidad de la atención prestada.

Entre los estudios que evalúan las situaciones de estrés en enfermería con la escala NSS, aplicada también en nuestra investigación, destacamos la revisión bibliográfica hecha por López Fernández et al (2004)<sup>296</sup>. La carga de trabajo es la fuente de estrés que se cita con más frecuencia. Las otras de mayor peso, son las relaciones con los

pacientes, el contacto con la muerte, los problemas con los compañeros, y los conflictos con los superiores, sigue el bloque compuesto por los conflictos con los médicos, sentir que tienen una preparación inadecuada y la incertidumbre relativa al tratamiento. Además encontraron otro bloque compuesto por las relaciones con los familiares y por factores relacionados con el rol de enfermería.

Navarro Arnedo (2012)<sup>297</sup> realiza una revisión de investigaciones hechas en Unidades de Cuidados Intensivos, e identificaron unos estresores relacionados con el estado de los pacientes (gravedad y cuidados que necesitan, realizarles cuidados dolorosos, verlos sufrir e impotencia ante un paciente que no mejora); y otros relativos al entorno laboral como escasez de personal, mobiliario incómodo, insuficientes recursos materiales, problemas en el equipo de UCI, situaciones de urgencia y temor tanto a confundir la medicación como a hacer mal el trabajo y perjudicar al paciente.

Coincidente con Tomás Sábado y Fernández Donaire (2002)<sup>298</sup>, que encuentran en enfermeras de urgencias, oncología y cuidados paliativos, hospitalización general y unidades de cuidados intensivos seis factores principales: las relaciones profesionales, conflictos de competencias, muerte y sufrimiento, presión laboral, habilidades profesionales y comunicación intragrupal. Observaron que la presión laboral y la muerte y sufrimiento son los factores con mayor capacidad para provocar estrés laboral, en el mismo orden de importancia para todos los grupos, excepto en el de oncología y cuidados paliativos, donde cobra una mayor relevancia el factor relacionado con la muerte.

Pinikahana y Happell (2004) detectan la carga de trabajo cómo el factor de estrés más alto percibido seguido de una preparación inadecuada en enfermeras psiquiátricas rurales de Victoria, Australia<sup>299</sup>. Y Payne (2001)<sup>300</sup> mostró en enfermeras de cuidados paliativos un nivel de burnout bajo y fueron la muerte y sufrimiento, el conflicto entre

los compañeros, los factores que explicaban el agotamiento. El conflicto entre compañeros, y una preparación insuficiente, lo que contribuyó a la despersonalización y solamente la preparación insuficiente afectó a la realización personal, coincidente con nuestros resultados en los que la percepción de tener una preparación insuficiente es la única situación estresante con significación estadística en realización.

Hayes (2013)<sup>301</sup> evidenció que las enfermeras de Hemodiálisis experimentan estrés en la situaciones de incertidumbre en los tratamientos y hacer frente con la muerte. Altos niveles de burnout encontraron en la falta de apoyo, la carga de trabajo, conflicto con los médicos y no sentirse valorada.

En base a los resultados obtenidos consideramos que, se confirma la hipótesis al presentar las enfermeras en situaciones de contacto con el dolor y la muerte, con carga de trabajo, incertidumbre en el tratamiento, problemas con la jerarquía, una preparación insuficiente, falta de apoyo y problemas entre ellos, un mayor agotamiento emocional y despersonalización. Conclusión que se observa en las investigaciones revisadas a pesar de utilizar diferente metodología y distintas escalas de evaluación.

Se confirma también la importancia sobre la realización personal, al ofrecer los análisis diferencia significativa, en una de las situaciones laborales estresantes evaluadas con la NSS: la preparación insuficiente.

#### **7.4.- Cuarta Hipótesis**

***Establecer un modelo donde las variables personales y laborales, nos permitan predecir la vulnerabilidad del profesional sanitario al síndrome de burnout.***

Para comprobarla, se realizaron sucesivos análisis de regresión múltiple por el procedimiento paso a paso (STEPWISE), tomando como variable dependiente las puntuaciones obtenidas de cada dimensión del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y considerando como variables independientes las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas de Control personal, de Inteligencia Emocional Percibida y de las situaciones estresantes de enfermería, que habían resultado significativas en las anteriores hipótesis, con una probabilidad asociada menor de 0,05 para la entrada junto a una probabilidad de salida mayor de 0,10.

En el primer análisis realizado con el agotamiento emocional, como variable dependiente, las variables independientes introducidas en el modelo fueron:

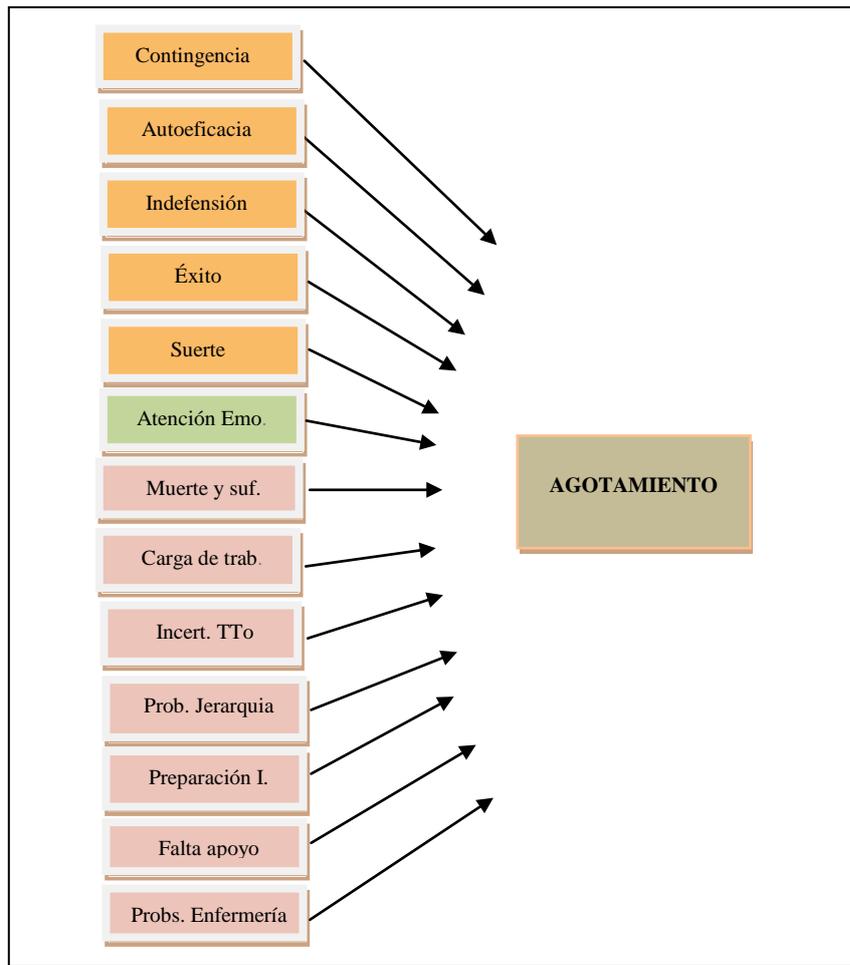
A) Variables de Control personal (BEEGC): contingencia, autoeficacia, indefensión, éxito, suerte.

B) Variables de Inteligencia Emocional percibida (TMMS): atención emocional.

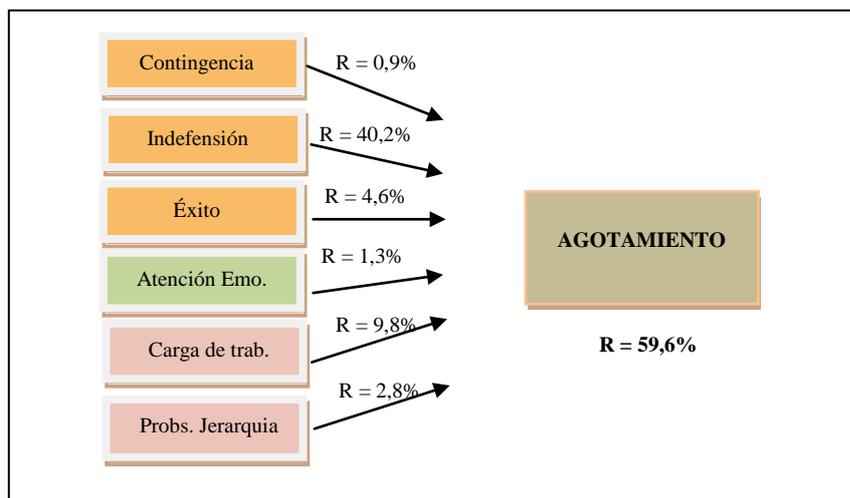
C) Variables de situaciones estresantes (NSS): muerte y sufrimiento, carga de trabajo, Incertidumbre en el tratamiento, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente, falta de apoyo y problemas entre enfermería.

Del total de variables introducidas sólo se mantienen en la ecuación las siguientes variables de Control personal: indefensión, éxito, y contingencia; de Inteligencia Emocional percibida: la atención emocional; y de las situaciones estresantes: carga en el trabajo y problemas con la jerarquía.

Los diagramas 1 y 2 muestran los modelos inicial y final.



**Diagrama 1: Modelo Inicial: Agotamiento**



**Diagrama 2: Modelo Final: Agotamiento**

Como se observa en el diagrama 2 el modelo final explica el 59,6% de la varianza total del agotamiento emocional. La variable con mayor poder predictivo en el

modelo ha sido: *expectativa de Indefensión* ( $\beta = ,173$ ), le sigue *carga de trabajo* ( $\beta = ,252$ ), *expectativa de éxito* ( $\beta = -1,83$ ) que se asocia de manera inversa, *problemas con la jerarquía* ( $\beta = ,155$ ), *atención emocional* ( $\beta = ,133$ ) y *expectativa de contingencia* que se asocia de manera inversa ( $\beta = -,117$ ). (tabla 32):

**Tabla 32: Análisis de Regresión: variable criterio: agotamiento emocional**

Modelo	R	$\beta$	t	Sig
1	,402	,173	3,176	,002
2	,500	,252	5,032	,0001
3	,546	-,183	-3,264	,001
4	,574	,155	3,103	,002
5	,587	,133	2,794	,006
6	,596	-,117	-2,195	,029

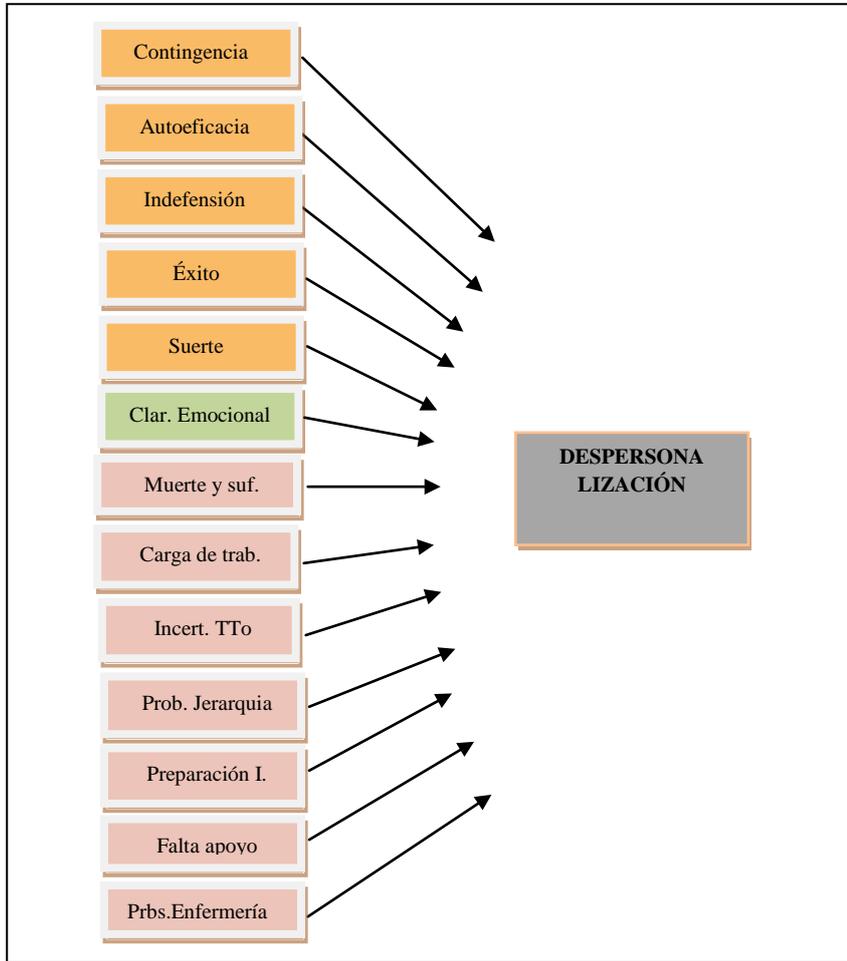
Por tanto las expectativas de mayor indefensión junto a menor expectativa de éxito y contingencia, predicen mayores puntuaciones de agotamiento. En cuanto a la inteligencia emocional es una alta atención la que predice mayor puntuación en agotamiento y, por último, en las situaciones de estrés es la carga de trabajo y problemas con la jerarquía las que son predictoras de mayor agotamiento emocional.

A continuación, se realiza un nuevo análisis de regresión paso a paso, sobre las puntuaciones de despersonalización. Las variables independientes introducidas en el modelo, fueron:

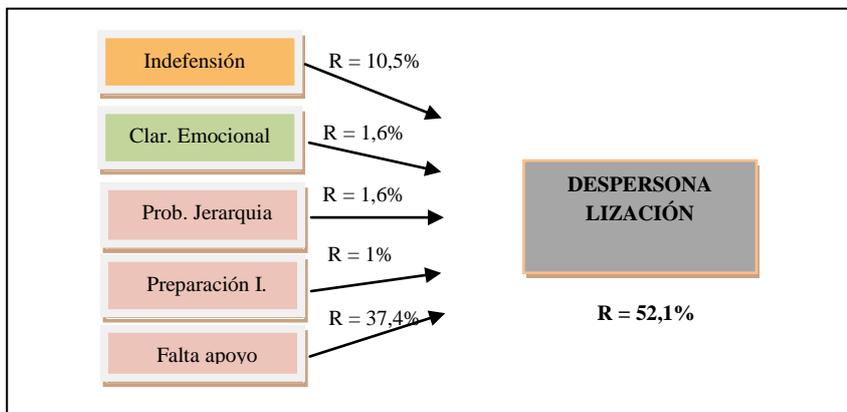
A) Variables de Control personal (BEEGC): contingencia, autoeficacia, indefensión, éxito, suerte

B) Variables de Inteligencia Emocional percibida (TMMS): claridad emocional.

C) Variables de situaciones estresantes (NSS): muerte y sufrimiento, carga de trabajo, incertidumbre en el tratamiento, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente, falta de apoyo y problemas entre enfermería (Diagramas 3 y 4):



**Diagrama 3: Modelo Inicial: Despersonalización**



**Diagrama 4: Modelo Final: Despersonalización**

Del total de las variables introducidas sólo se mantienen en la ecuación las siguientes: indefensión, claridad emocional, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente y falta de apoyo.

Como se observa en el diagrama 4 la capacidad de explicación de la varianza total en despersonalización es del 52,1%, en la tabla 33, se exponen las variables con mayor poder explicativo en el modelo han sido: *falta de apoyo* ( $\beta = ,238$ ), *expectativa de indefensión* ( $\beta = ,257$ ), *claridad emocional* ( $\beta = -,134$ ) que se asocia de manera inversa junto a *problemas con la jerarquía* ( $\beta = ,119$ ) y una *preparación insuficiente* ( $\beta = ,112$ ).

**Tabla 33: Análisis de Regresión: variable criterio despersonalización**

Modelo	R	$\beta$	t	Sig
1	,374	,238	4,269	,0001
2	,479	,257	5,021	,0001
3	,495	-,134	-2,706	,007
4	,511	,119	2,18	,029
5	,521	,112	2,033	,043

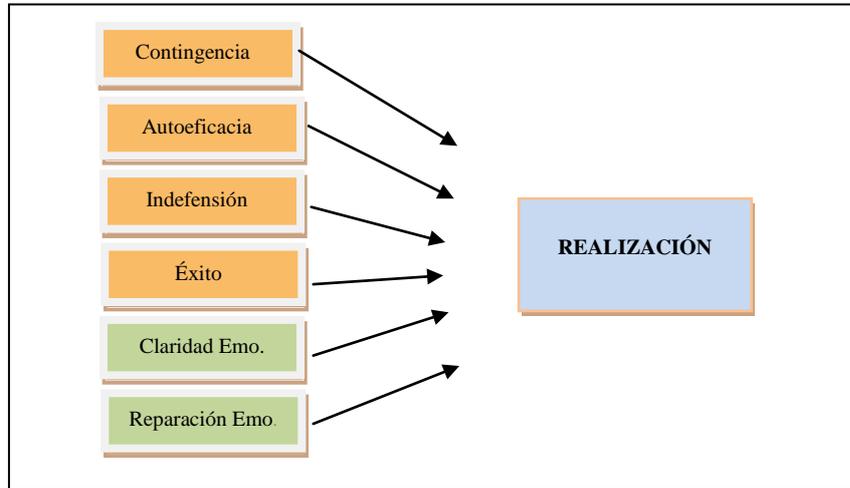
De las expectativas de control personal, vuelve a ser la indefensión, en esta ocasión la única expectativa con poder predictivo en la despersonalización. De las habilidades de Inteligencia emocional sólo es una menor claridad emocional la que predice mayor despersonalización y de las situaciones de estrés, la falta de apoyo, problemas con la jerarquía y preparación insuficiente son igualmente predictoras de la variable.

Por último, la siguiente regresión paso a paso, se realiza sobre la realización personal. Las variables independientes introducidas en el modelo fueron:

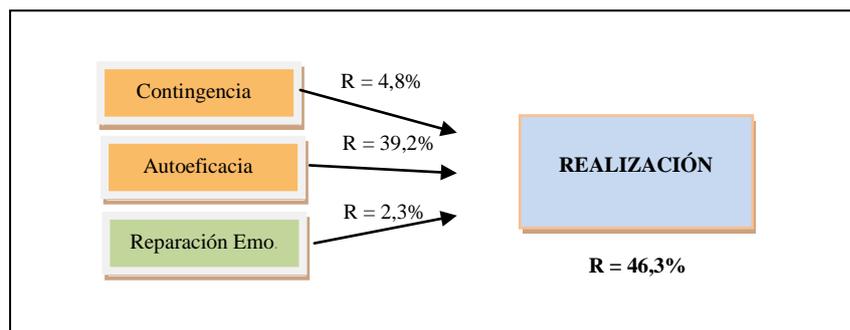
A) Variables de Control personal (BEEGC): contingencia, autoeficacia, indefensión y éxito, y

B) Variables de Inteligencia Emocional Percibida (TMMS): claridad y reparación

(Diagramas 5 y 6):



**Diagrama 5: Modelo Inicial: Realización**



**Diagrama 6: Modelo Final: Realización**

Como se observa en el diagrama 6, la capacidad de explicación de la varianza de la realización personal en el trabajo es del 46,3%.

**Tabla 34: Análisis de Regresión: variable criterio realización**

Modelo	R	$\beta$	t	Sig
1	,392	,304	6,069	,0001
2	,440	,165	3,267	,001
3	,463	,156	3,055	,002

Al contrario que en el Agotamiento y en Despersonalización la varianza de este constructo, se explica sólo por tres variables: *expectativa de autoeficacia*, *expectativa de contingencia* y *reparación emocional*. En la tabla 34 podemos observar el poder explicativo de cada variable en el modelo: *autoeficacia* ( $\beta = ,304$ ), *contingencia* ( $\beta = ,165$ ) y *reparación emocional* ( $\beta = ,156$ ). Puntuaciones más altas en las dos expectativas de autoeficacia y contingencia junto a la habilidad de inteligencia emocional de reparación, presentan poder predictivo para una mayor realización personal en el trabajo.

En suma, en el análisis de regresión sobre agotamiento emocional del síndrome de burnout, nuestro modelo explica un 59,6% de la varianza total y ha resultado la expectativa de indefensión la variable con mayor poder predictivo (40,2%). Le sigue la percepción de carga de trabajo (9,8%), una menor expectativa de que puede tener éxito (4,6%), junto a problemas con la jerarquía (2,8%), prestando una alta atención a sus emociones (1,3%) en la actuación profesional y, por último, una baja expectativa de contingencia (0,9%), creencia de que no puede ejercer cierto control en su trabajo.

Este hallazgo coincide con los obtenidos por numerosas investigaciones ya comentadas<sup>7, 160, 213-215, 300, 301</sup>. Es decir las enfermeras que presentan más agotamiento emocional creen que los acontecimientos son incontrolables, sienten que lo que ocurre será independiente de sus acciones y por consiguiente, no esperan conseguir lo que desean. Si a esto se une una percepción de sobrecarga de trabajo, exceso de demandas, relaciones problemáticas con los superiores y estar pendiente de sus emociones, hace que la profesional se sienta agotada y disminuya la calidad de su atención al no poder hacer frente a estas situaciones estresantes.

En el análisis sobre despersonalización del síndrome de burnout, el modelo explica un 52,1% de su varianza total. El mayor poder predictivo ha resultado ser la

percepción de falta de apoyo (37,4%), seguida por la misma expectativa que en agotamiento, la indefensión (10,5%), que unido a la menor habilidad de comprender las emociones (1,6%) y problemas con los superiores (jerarquía)(1,6%), si se suma a una preparación insuficiente para realizar su trabajo (1%), eleva la despersonalización. Por tanto, la falta de apoyo, sentir que no puede ejercer cierto control sobre los acontecimientos, con menor habilidad de comprensión emocional, junto a problemas con los superiores y sentirse con una preparación insuficiente lleva a una actitud más despersonalizada, fría en los cuidados de enfermería. Resultados que van en la dirección de los obtenidos por numerosas investigaciones ya expuestas<sup>143, 159, 160, 162, 164, 301</sup>.

Finalmente, el análisis sobre la realización personal del síndrome, explica un 46,3% de la varianza total. La expectativa de autoeficacia (39,2%) resultó la variable con mayor poder predictivo, le sigue la contingencia (4,8%), la creencia de ejercer cierto control en lo que hace y la percepción de tener habilidades de regulación emocional (2,3%). Cuando el profesional cree en sus propias capacidades, siente que puede ejercer cierto control en su trabajo y es capaz de regular las emociones que requiere el mismo, y se siente más realizado. Resultados en concordancia con los obtenidos por los estudios expuestos anteriormente, como el de Cherniss<sup>96</sup>.

*Podemos concluir, a través de nuestros resultados, que es posible establecer modelos explicativos del síndrome de burnout donde variables personales y laborales, nos permitan predecir la vulnerabilidad del profesional sanitario.*

Por tanto, asumiendo el modelo de desarrollo del burnout de Leiter y Maslach (1988,2005)<sup>83</sup> los resultados indican que los profesionales de enfermería de nuestra muestra se sienten agotados al percibir la situación fuera de su control con el exceso de demandas que tienen que atender, problemas con los superiores y que, hagan lo que

hagan, nada cambiará, no lo intentarán porque creen que no van a tener éxito y además se centran en sus emociones y en las de los demás.

Con este agotamiento afrontan la situación tratando de distanciarse de los problemas de los pacientes adoptando una actitud despersonalizada o cínica, al pensar que no tienen apoyo. Mantienen problemas con los superiores; sienten que no pueden ejercer ningún control en esta situación, se perciben con una preparación insuficiente y con baja capacidad de comprender las emociones.

Y por último, los profesionales de enfermería que se sienten más realizados en su trabajo se debe a una mayor percepción de competencia profesional, a que tienen mayores recursos personales y pueden ejercer cierto control en la situación junto a una mayor capacidad de regular sus emociones.

Así pues, el síndrome de burnout es un constructo multidimensional tan complejo, que los análisis múltiples indican la conveniencia de llegar a él desde varias perspectivas psicológicas.

Con nuestros resultados se corrobora que el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería aunque pueda tener su origen en las características propias de la profesión y en las condiciones específicas laborales, no depende exclusivamente de éstas. Existen variables de vulnerabilidad y de protección frente al desgaste profesional que tienen que ver con los recursos personales de control y con las habilidades emocionales del mismo.



## *LIMITACIONES Y PROPUESTAS*



## 8.- LIMITACIONES Y PROPUESTAS

En la predicción del agotamiento emocional de los sujetos, la expectativa de indefensión y la carga de trabajo son las variables más significativas. Estos resultados ya aparecen en estudios revisados en los que la indefensión es la expectativa con más peso en las tres dimensiones de burnout<sup>7,296</sup>. Además, debido a la larga crisis económica mundial y la particular situación por la que atraviesa España, donde el Gobierno ha hecho recortes en la sanidad, repercutiendo en mayor carga de trabajo, con pérdida de descansos y menor salario de los profesionales sanitarios, esperábamos encontrar la carga en el trabajo con alto poder predictivo como así ha ocurrido<sup>117</sup>.

Estos recortes en la sanidad<sup>117</sup>, y el hecho de que las enfermeras, no hayan conseguido cambios para mejorar la situación, pueden explicar la falta de apoyo, como la variable con más peso junto a la indefensión en la manera de afrontar su trabajo con despersonalización. Resultado que también se ha detectado en el estudio, ya comentado, de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (la (EU-OSHA) publicado en mayo de 2013<sup>26</sup> donde los trabajadores sanitarios de la UE, incluida España, afirman en un 77% de los casos que las horas empleadas o la carga de trabajo constituyen su fuente principal de estrés y un 57% identifica la falta de apoyo por parte de los compañeros y superiores o las escasas oportunidades de control de las pautas de trabajo (46%) otras fuentes de estrés importantes en el trabajo.

Con el desarrollo del presente trabajo en los diferentes servicios del HUS se ha podido conocer algunas variables que permiten el desarrollo del desgaste profesional. Debido a su significación estos resultados pueden ayudar a la aplicación de programas de prevención desde la formación en el Grado de Enfermería, y continuar para su mantenimiento en cursos de formación continuada en el hospital donde las enfermeras realicen su actividad profesional.

A pesar de los resultados obtenidos existen una serie de consideraciones que deben tenerse en cuenta. En nuestro estudio el poder predictivo en los análisis de regresión múltiple realizados de las habilidades de la IE, Atención explica solo el 1,3 %, Claridad el 1,6% y Reparación el 2,3% del efecto que ejercen sobre la variable de burnout en sus tres dimensiones, resulta casi insignificante. Esto es probable que se explique en función del tipo de aplicación de los instrumentos utilizados, es decir, de auto informe con el consiguiente sesgo de respuesta que ello puede conllevar. Además los ítems de las escalas del burnout, de las situaciones estresantes y de las expectativas de control general aluden a situaciones relacionadas con su trabajo y con algunos aspectos relevantes de su vida, mientras que la escala de inteligencia emocional percibida se refiere a sus estados emocionales. De acuerdo con Extremera et al., (2003)<sup>281</sup> las emociones y la capacidad del individuo para regularlas juegan un papel primordial en el síndrome de burnout y en la mayoría de estudios las habilidades de IE aparecen con alto poder explicativo.

El presente trabajo cuenta con las limitaciones propias de los diseños transversales en cuanto a las dificultades para establecer causalidad; aunque en el estudio contamos con una muestra suficientemente amplia que nos permite considerar que los resultados obtenidos son generalizables a la población a la que pertenece la muestra.

Creemos que estos datos deben ser corroborados a través de nuevos estudios, en la evaluación de la IE, para evitar el sesgo que comporta la utilización de medida de autoinforme, y aplicar instrumentos de ejecución o de capacidad como el MSCEIT de Mayer<sup>261</sup>. Sería conveniente nuevas investigaciones longitudinales, de manera que la asociación entre las variables y sus cambios en el tiempo puedan conocerse. Comprobar si al mejorar las enfermeras en las habilidades de IE y de comunicación y afrontamiento del estrés se asocia a menor desgaste profesional y una mejora del trabajo emocional

con los pacientes.

Con nuestros resultados y con las aportaciones<sup>7,130</sup> y propuestas de anteriores estudios como McQueen<sup>277</sup>, Molina Kooker<sup>278</sup> parece recomendable:

1.- *Para la prevención del síndrome de burnout:* incluir en la formación de Grado de Enfermería cursos de técnicas de inoculación al estrés, de habilidades de comunicación interpersonal, y de habilidades de IE, con el objetivo de ayudar al alumno a adquirir la competencia específica, que implica un trabajo emocional. Los estudiantes de Grado de Enfermería deben adquirir para el ejercicio de la profesión según la Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio (CIN 8)<sup>302</sup>: *“Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses”*

2.- *En cuanto a la intervención en el hospital para tratar de que disminuya el nivel de burnout detectado:* implantar medidas del modelo de Laschinger et al., (2003,2006)<sup>46,293</sup> a la gestión de Enfermería y al ambiente de trabajo características de los *“hospitales magnéticos”*. (Aiken2000, 2012)<sup>114,117</sup>. La supervisión que ejerza de liderazgo y apoyo a las enfermeras. Si la política actual en la crisis económica no permite dotar de más recursos, adecuar los existentes, promover y permitir la autonomía profesional y el control sobre la práctica profesional. Fomentar una mejor relación con otros profesionales del equipo. Participación de la enfermera en cuestiones del hospital.

Mejorar la formación, facilitando que el entorno de trabajo proporcione acceso a la información y a los recursos<sup>114, 293</sup>.

Promoción de la formación continuada y reciclaje dentro del horario laboral, siempre conciliando con la vida familiar. En la formación continuada incluir, igual que en los cursos de prevención con los estudiantes, contenidos de técnicas de inoculación al estrés, de habilidades de comunicación interpersonal, y de habilidades de IE.

Estas habilidades personales y emocionales tienen una implicación importante en el trabajo especialmente en la generación de autoeficacia, para ejercer cierto control en su trabajo y un clima grupal positivo. También se relacionan con la productividad, con la mejora de la atención y satisfacción de los pacientes; con la salud física y psicológica de los trabajadores así como el bienestar de la organización disminuyendo los costes<sup>114, 144, 277</sup>

Para finalizar, no podemos olvidar la atención psicológica y seguimiento de los grupos especialmente vulnerables por el Equipo de Salud Mental del Hospital.

## *CONCLUSIONES*



## 9.- CONCLUSIONES

1.- El perfil sociodemográfico de los participantes en el estudio corresponde a una mujer, en la etapa media de su vida (48,24 años), casada o con pareja y madre de dos hijos.

2.- El 64,9% de la muestra son Diplomadas en Enfermería y el resto Auxiliares de Clínica. La mayoría con contrato fijo; en jornada completa y con turno rotatorio. Poseen una gran experiencia laboral (24,69 años de media), y una considerable antigüedad en el Servicio actual (media de 12,35 años). La función que ocupa la mayor parte de su jornada laboral, es la asistencial.

3.- Casi la mitad de los profesionales de nuestro estudio se sienten casi siempre satisfechos con su puesto de trabajo, un tercio declaran que sólo a veces y en menor proporción (15%) los que siempre están satisfecho laboralmente.

4.- Los participantes se sienten más valorados profesionalmente por los pacientes, seguido de los compañeros, familiares de los pacientes y en menor medida por sus propios superiores.

5.- Nueve de cada diez declaran no realizar otro trabajo adicional, aunque la mitad dedica tiempo a su formación fuera de la jornada laboral. Casi la totalidad realiza tareas en el hogar dedicando a ello más de tres horas al día, y además un tercio tiene a su cargo niños y otro tercio cuida de mayores.

6.- Más de la mitad perciben su salud general como buena, y tan sólo un tercio ha estado de baja laboral en el último año. En el momento de la pasación la mitad tomaba alguna medicación, psicofármacos el 19,4% de los casos.

7.- El grado de burnout detectado en el personal de Enfermería, comparado con los estudios revisados, fue alto, concretamente cerca de la mitad evidencian un alto nivel de agotamiento, un tercio medio y bajo sólo dos de cada diez participantes.

8.- La expectativa de control personal Indefensión explica por si sola el 40,2% de

la varianza total de Agotamiento Emocional y el 10,5% de Despersonalización, es decir, ha resultado una variable con un alto poder predictivo del síndrome de Burnout. Mientras que la expectativa de Autoeficacia explica el 39,2% de la varianza total de Realización personal en el trabajo.

9.- La Inteligencia Emocional en sus tres dimensiones, Atención, Claridad y Reparación ha resultado tener escaso poder de predicción sobre las tres dimensiones de burnout, posiblemente por el sistema de aplicación de las pruebas, que no ha favorecido la adecuada expresión de las emociones.

10.- La sobrecarga laboral y los problemas con la jerarquía, se asocian al Agotamiento Emocional del profesional de enfermería. Mientras que la falta de apoyo laboral resultó la variable con mayor poder explicativo de la Despersonalización, explicando por si sólo un 37,4% de la varianza total.

11.- En suma, sería deseable a nivel educativo en el Grado de Enfermería, que las asignaturas tuvieran contenidos de control del estrés, autocontrol emocional y habilidades sociales, con el objetivo de ayudar al alumno a adquirir competencias específicas que darían menor vulnerabilidad hacia el Burnout.

## *REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*



## 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52: 397-422
2. Schaufeli W, Leiter M y Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009; 14: 204-220
3. Gil-Monte PR.: El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
4. Weinberg A, Creed F. Occupational stress and jobs satisfaction in mental health nursing 2000. (consultado el 10 de marzo de 2012). Disponible en : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882121](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882121)
5. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació Psicológica*. 2008;91: 64-79.
6. McVicar A. Work place stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44 (6): 633-642.
7. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Morante M<sup>a</sup> E. Variables predictoras de burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. 2005. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2005; 199:5-13.
8. Girbau MR, Galimany J, Garrido E. Desgaste profesional y abandono de la profesión enfermera. *Nursing*. 2012; 30 (1).
9. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;3:227-233.
10. Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Valderrama Orbegozo LJ, Uribe Rodríguez AF. Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Invest Educ Enferm*. 2009; 27(2):218-225.
11. Kash K M, Holland JC, BreitbartW, Berenson S, Dougherty J, Ouellette Kobasa, Lesko L.: Stress and burnout in oncology. *Oncology (Huntingt)*. 2000; 14 (11): 1621-33.

12. Palenzuela DL. Personal control: an integrative-multidimensional approach. En Palenzuela DL, Barros AM (Eds.), *Modern trends in personality theory and research*;1993. p. 87-108.
13. Bandura A. Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 1982; 2:122-147.
14. Mayer J D, Salovey P. Whats is emotional intelligence? En P. Salovey y DJ Sluyter (eds.) *Emotional development and emotional intelligence*. Nueva York: Basic Book; 1997. p. 3-31.
15. Weisinger H. *La inteligencia emocional en el trabajo*. Grupo Zeta; 1998.
16. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Sanders G.-Suls J.-editors. *The burnout syndrome*. Park Ridge, IL: London House;1982.
17. Zapf D, Seifert C, Schmutte B , Mertini H, Holz M. Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 2001; 16(5): 527-545. (consultado el 28 de marzo de 2012). Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1080/>
18. Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela Casal y V.E. Caballo (eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada Madrid: Siglo XXI*; 1991. p. 271-284.
19. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40: 555-565.
20. Fernández-López J, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*. 2003; 31: 1-10.
21. Peiró JM. El estrés laboral: una perspectiva laboral y colectiva. *Prevención, Trabajo y Salud*. 2001; 13: 1-12.
22. V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2010. (consultado e1 2 de abril 2012). Disponible en: [www.eurofound.europa.eu/publications/ef1182](http://www.eurofound.europa.eu/publications/ef1182)
23. Gamero Burón C. Análisis económico de los determinantes del estrés laboral en España. *Rv. Estadística Española*. 2010; 82 (175): 393-417.

24. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities;2007.
25. Estrategia Española de Seguridad y Salud y en el Trabajo 2007-2012. (consultado el 2 de abril 2012). Disponible en: [www.insht.es/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/](http://www.insht.es/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/)
26. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). ( consultado el 25 de junio de 2013.Disponible en. <http://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures/eu-poll-press-kitt-2013>
27. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004. (consultado el 12 de abril de 2012). Disponible en: [www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm](http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm)
28. Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. Journal of Health and Social Behavior.1981;( 22): 337-356.
29. Maslach C, Leiter MP. Stress and burnout. The critical research. En C.L.Cooper (ed), Stress medicine and health. Boca Raton: CRC Press.Maslach C. 2005: 155-172.
30. Kahn RL. On the conceptualization of stress. A scientific debate: How to define stress research. National Institute of Mental Health, Centerfor reventionn Research. Washington, DC: US Departament of Health and Human Services, Public Health Service ;1985.
31. Kasl SV, Cooper C L. Stress and Health: Issues in research methodology. John Wiley and Sons Ltd. Chichester. Csikszentmihalyi M 1987. Flow. The psychology of optimal experience. New York: Harper; 1990.
32. Selye H. The Stress of Life. McGraw-Hill, New York;1956.
33. Selye H. Stress. Utrecht: Het Spectrum; 1976.
34. Mason JW. A re-evaluation of concept of non-specificity in stress theory. Journal of Psychiatric Research. 1971; 8: 323-333.
35. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

36. Lazarus RS. Stress and emotion: A new synthesis. New York: Springer; 1999.
37. Matteson ME, Ivancevich J. Controlling work stress. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
38. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24: 285-311.
39. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: Stress productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, New York; 1990.
40. Johnson JV. The impact of workplace social support, job demands and work control. *Environmental and Organizational Psychology Research Reports*, 1. Universidad de Estocolmo; 1986.
41. Hackman J R, Oldham G R. Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1976; 16: 250-279.
42. Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Lowstatus control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue – collar men. *Social Science and Medicine*. 1990; 31: 1127-1134.
43. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, et al. A model of burnout and live satisfaction amongst nurses. *Jornal of Advanced Nursing*. 2000; 32 (2) : 454-464) Disponible en: [http://www.beamanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article\\_arnold\\_bakker\\_49.pdf](http://www.beamanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article_arnold_bakker_49.pdf)
44. Cox T, Kuk G, Leiter M. 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*1 London: Taylor & Francis;.1993.p. 177-193.
45. Everly GS. *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press; 1989.
46. Laschinger KS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings. *Longwoods Review*. 2003; 1:2–11.
47. Orlovsky JP, Gullledge AD. Critical care stress and burnout. *Critical Care Clinics*. 1986; 2 (1): 73-81.

48. Enfermería Facultativa - Consejo General de Enfermería de España. (consultado el 20 de septiembre de 2012). Disponible en: [www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?blobcol](http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?blobcol)
49. Servicio Público de Empleo Estatal. (consultado el 27 de junio de 2013) Disponible en: <http://www.sepe.es/indiceTitulaciones/indiceTitulaciones.do?tipo=fp>
50. Casanovas I, Escudero , Esteve J. Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a su graduación: 2000-2004. *Enfermería Clínic*. 2006; 16: 238-243.
51. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974; 30: 159-165.
52. Cherniss C. *Professional burnout in the human service organizations*. New York : Praeger, 1980.
53. Grau-AlberolaE, Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Figueiredo-Ferraz H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47: 1013-1020.
54. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica*. 2008; 91-92: 4-11.
55. Grau A. Como prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2007; 43: 18-27.
56. Ramos, F. y Buendía, J. El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía y F. Ramos (coor.), *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide; 2001. p. 33-57.
57. Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39(3):625-635.
58. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory Manual* (2ª ed.). Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
59. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pr. 1996.
60. Farber B A. Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*. 1984; 77:325-331.

61. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
62. Gil-Monte PR. Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2003;19 (2): 181-197.
63. Durán M A, Extremera N, Rey L. Burnout en profesionales de la enseñanza: Un estudio en Educación Primaria, Secundaria y Superior. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2001; 17(1): 45-62.
64. Ortega Ruiz, López Rios. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psycholog. 2004; 4(1): 137-160.
65. Chacón F, Vecina, ML, Barrón A, De Pául MP. Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de Sida o cáncer. Clínica y Salud. 1999; 10(2): 137-150
66. Olmeda MS, García I, Morante L. Burnout en profesionales de Salud Mental. Anales de Psiquiatría. 1998; 14(2): 48-55.
67. López JJ. El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Folia Neuropsiquiátrica. 1996; 31: 39-55.
68. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, ed. Estrés, trabajo y salud. Madrid: Biblioteca Nueva; 2002.
69. Mingote J C, Pérez S. Estrés en la Enfermería: El Cuidado Del Cuidador. Díaz de Santos; 2003.
70. Belloch S L, Renovell V, Calabuig J R, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. Anales de Medicina Interna. 2000; 17(3):118-122.
71. García M, Sobrido N, García M, Raña C, Saleta L. El síndrome burnout en profesionales de enfermería. Enfermería Científica. 1999: 202-203.

72. García M, Sáez MC, Llor B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000; 16(2): 215-228
73. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2000; 3 (1):18-28
74. Manzano G. Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección, Organización y Administración de Empresa*. 2001; 25: 148-159.
75. Arranz P, Torres J, Cancio H, Hernández F. Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 1999; 6: 302-311.
76. Fuertes JC, Martínez O, Cantizano J M, Gándara J, De la Cruz M. Estrés laboral (Burnout) en personal profesional de las Fuerzas Armadas (Estudio de la insatisfacción laboral y sus repercusiones psicopatológicas en suboficiales, oficiales y oficiales superiores del Ejército de Tierra). *Anales de Psiquiatría*. 1997; 13(9): 362-374.
77. Moreno B, Peñacoba, C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996. p. 739-761.
78. Perez E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex*. 2006; 22(4):282-6.
79. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004; 25: 293-315.
80. Seligman MEP, Csikszentmihaly M. Positive Psychology: An Introduction, *American Psychologist*. 2000; 55: 3-6.
81. Schaufeli W, Salanova M. Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2011; 20: 39-46.

82. Golembiewski RT, Munzenrider RF, Stevenson JG. Phases of burnout: Developments in concepts and applications. New York: Praeger; 1986.
83. Leiter MP, Maslach C. A mediation model of job burnout. In A. S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.), *Research companion to organizational health psychology*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar. 2005. p. 544–564.
84. Lee RT, Ashford BE. A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*. 1993; 14: 3-20.
85. CoxT, Kuk G, Leiter M. Burnout, health, work stress and organizacional healthiness. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis; 1993. p. 177-193.
86. Gil-Monte P, Peiró JM, Valcárcel P. A model of burnout process evelopment: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e gestão*. 1998; 4(1): 165-179.
87. Shirom A. Burnout in Work Organizations. In *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, C. L. Cooper and I. T. Robertson, (eds.) New York: Wiley; 1989. p. 25-48.
88. Maslach C. A social psychological analysis. En: Sanders G –Suls editors. *The burnout syndrome*. Park Ridge, Il: London House; 1982.
89. Leiter MP. Perception of risk: An organizational model of burnout, stress symptoms, and occupational risk. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2005; 18: 131–144.
90. Taris TW, Le Blanc PM, Schaufeli WM, Schreurs .J. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*. 2005; 19 (3): 238-255.
91. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB, Nogareda C. Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición. Nota Técnica de Prevención, Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2007; 732, 21ª Serie.
92. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology* 2008; 93 (3):498-512. DOI: 10.1037/0021-9010.93.3.498.

93. Harrinson W D. A social competence model of burnout. En A. Faber (ed.), *Stress and burnout in the human services profesions*. Nueva York: Pergamon Press; 1983. p. 29-39.
94. Pines A. "Burnout: An Existential Perspective", in WB. Schaufeli, C. Maslach, Marek (eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis; 1993. p. 35-51.
95. Pines A, Aronson E. *Career Burnout: Causes and cures*, (2nd Ed.). New York: The Free Press; 1988.
96. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En WB Schaufeli, T Moret & C Maslach (Eds.) *Profesional burnout: Recent developments in theory and research* Washington DC; 1993. p. 135-149.
97. Thompson MS, Page SL, Cooper CL. A test of Caver on Schecer's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*. 1993; 9:221-235.
98. Buunk AP, Schaufeli WB. Burnout: a perspective from social comparison theory en WB. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis; 1993.
99. Hobfoll SE, Freddy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En WB Schaufeli, C Maslach & T. Marek (Eds). *Profesional burnout: Recent development in theory ans research* London: Taylor & Francis; 1993. p. 115-129.
100. Golembiewski T, Scherb K, Boudreau A. Burnout in cross-national settings: generic and model specific perspectives. En WB Schaufeli C Maslach, T Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* Londres: Taylor & Francis; 1993. p. 217-236.
101. Winnubst JA. Organizational stucture, social support and burnout. En WB Schaufeli, C. Maslach y T. Tarek (Eds.) *Profesional burnout: Recent developments in theory ans research* Washington DC; 1993. p. 151-162.
102. Gálvez M., Moreno B., Mingote JL. *El desgaste profesional del médico*. Edit. Díaz de Santos; 2009.

103. Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp. Salud Publica Madrid*. 2009; 83(2).
104. Apples, A. Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998. p. 119-128.
105. Labrador FJ, Crespo M. *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema; 1993.
106. Lazarus RS. *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2000.
107. Moya-Albiol L, Serrano M.A, González-Bono E, Rodríguez-Alarcón G, Salvador A. Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*. 2005; 17(2): 205-211.
108. Gouva M, Mantzoukas S, Mitona E, Damigos D. Understanding nurses' psychosomatic complications that relate to the practice of nursing. *Nursing and Health Sciences*. 2009; 11(2): 154-159.
109. Harris A, Ursin H, Murison R, Eriksen HR. Coffee, stress and cortisol in nursing staff. *Psychoneuroendocrinology*. 2007; 32: 322-330.
110. Vachon M. Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. En H. Chochinov (ed.). *Handbook of psychiatry in palliative medicine*, Londres: Oxford University Press; 2000. p. 303-319.
111. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar, M.R, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009;10:1038-2639.
112. Adams A, Bond S. Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32: 536-543.
113. Peiró JM, Silla-Guerola I, Sanz-Cuesta T, Rodríguez-Escobar J, García-Más JL. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. *Psiquis*. 2004;25:129-40
114. Aiken LH, Patrician PA. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 2000; 49 (3): 146-153.

115. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM et al. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care* 2004. ,42 (2):57-66. (consultado el 30 de septiembre de 2012). Disponible en. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602/)
116. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44 (2): 175-182.
117. Aiken LH, Sermeus W, Heede K, Van den, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*; 2012.344. (consultado el 10 de enero de 2013). Disponible en. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>
118. Forney DS, Wallace-Schutzman F, Wiggers TT. Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *Personal and Guidance Journal*. 1982; 60: 435-439.
119. Haack M, Jones JW. Diagnosing burnout. Using projective drawings. *Journal Psychosocial Nurses Mental Health Services*. 1983; 21(7):8-16.
120. Moreno B, Oliver C. El MBI. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En M. Porns y M.T. Anguera (Comp.). *Aportaciones a la evaluación psicológica*; 1993.
121. Olivares V, Gil-Monte. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc Trab*. 2009; 11 (31): 160-167.
122. Jones J W. *Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House; 1980.
123. Halbesleben JR, Demerouti, E The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*. 2005; 19: 208-220.
124. Gil-Monte P- R. Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario “CESQT”. En J. Garrido (Comp.), *Power’s Management* Barcelona: Planeta; 2008.

125. Moreno B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. 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. 1997; 13 (2): 185-207.
126. Moreno-Jiménez B, Gálvez Herrero, Garrosa Hernández E, Mingote Adán JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Atención Primaria. 2006; 38(10): 544-549.
127. Ríos Rísquez MI, Sánchez Meca J, Godoy Fernández C. Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. Psicothema. 2010; 22(4): 600-605.
128. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto Marques A, Salanova M, Bakker AB. Burnout y el engagement en estudiantes universitarios: un estudio internacional. Journal of Cross-Cultural Psychology. 2002; 33: 464-481.
129. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71: 294-303.
130. Manzano G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. Información Psicológica. 2008; 9192: 23-31.
131. Sánchez V, Jiménez I, García L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. Semergen. 2009; 35(5): 211-213.
132. Reig, Solano, Vizcaya y Vidal. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos/Burnout's syndrome in critical care nursing professionals. Enferm Intensiva. 2002;13: 9-16.
133. Ríos MI, Godoy FC, Peñalver HF, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y de Urgencias. Enferm Intensiva. 2008;19(1):2-13.
134. Del Río O, Pereagua M C, Vidal B. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Enfermería en Cardiología. 2003; 29: 24-29.
135. Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Giménez Cervantes I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enferm Clin. 2005;15 (5):275-82.

- 136..Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, AstasiobP, Calle ME y Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica. 2004; (78): 4.
137. Martínez García M, Centeno Cortés C, Sanz-Rubiales A, Del Valle MD. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. Rev Med Univ Navarra. 2009; 53 (1): 3-8.
- 138.Adali E, Priami M, Evagelou H, et al .Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. Eur. J. Psychiatry (Ed. esp). 2003; 17(3): 161-170.
- 139.Amutio Kareaga A, Ayestaran Exeberria, Smith JC.Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco Rev. psicol. trab. organ. Madrid. 2008; 24 (2).
- 140.Grau A, Flichtentrei D, Suñer R , Prats M , Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Salud Publica Madrid. 2009; 83(2): 215-230.
- 141.Thomas NK. Resident burnout. Jama-Journal of the American Medical Association JAMA 2004. 292; 23: 2880-2889.
- 142.Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychol Bull. 2006; 132: 327-53.
143. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA. Journal of American Medical. 2002; 288(16):1987-93.
144. Aiken, LH, Clarke S, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings.17th International Conference of the International-Society-for-Quality-in-Health-Care. Dublin, Ireland.SEP 15; 2000.

145. Aiken LH. U.S. Nurse Labor Market Dynamics Are Key to Global Nurse Sufficiency. *Health Service Research*. 2007; 42 (3): 1299–1320. (consultado el 20 de enero de 2013).  
Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
146. Masia J. El estrés laboral y el burnout en el mundo judicial: hacia un nuevo enfoque de la cuestión 2005.( consultado el 20 de junio de 2012). Disponible en. <http://www.prevencionintegral.com/Estudios/Burnoutjudicial/>.
147. Buendía J, Ramos F. Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide; 2001.
148. Burke RJ, Ricardsen AM. Stress burnout and health. En CL Cooper (ed) *Hand book of Stress, Medicine and Health*. New York CRC Press; 1996.
149. Shirom A. Burnout in work organization, en CL. Cooper y I. Robertson (eds.), *Internacional review of industrial and organizacional psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons; 1989.
150. Schaufeli WB, Tavis., Van Rhenen W. Hacia un modelo de adicción al trabajo, burnout y engagement . Trabajo presentado en el Congreso de Psicología Social. Málaga; 2003.
151. Zurriaga R, Ramos J, González-Romá V, Espejo B, Zornoza, A. Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 2000; 3:85-98.
152. Escribá V, Más R, Cárdenas E, Burguete D, Fernández R. Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista ROL de Enfermería*. 2000; 7: 506-511.
153. Turnipseed D. An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*. 1994; 9: 782-800.
154. Gil PR, Peiró JM, Valcárcel P. Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. L. Munduate y M Barón (comp.), *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de vida Laboral*. Eudema. 1993: 231-241.

155. Greenglass E R, Burke R J, Moore KA. Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy on nurses. *Applied Psychology: An International Review*. 2003; 52: 580-597.
156. Burke Ronald J. Hospital restructuring stressors, support, and nursing staff perceptions of unit functioning. *The Health Care Manager*. 2005; 24 (1): 21-28.
157. Piko BF. Burnout, Role Conflict, Job Satisfaction and Psychosocial Health Among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey, *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 311-318.
158. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19: 463-470.
159. Greenglass ER, Fiksenbaum L, Burke RJ. Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*. 1996; 9: 185-197.
160. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(3): 418-427.
161. Bakker A, Schaufeli W. Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*. 2000; (30): 2289-2308.
162. Malach C, Pines A, Ben-Ari A, Utasi A, Larson D. A crosscultural investigation of social support and Burnout. *European Psychologist*. 2002; 7(4): 256-264.
163. Jawahar IM, Stone TH, Kisamore JL. Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*. 2007; 14(2): 142-159.
164. Sundin L, Hochwälder J, Bildt C, Lisspers J. 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*. 2006; 44 (5): 758-769.

165. Moreno-Jiménez B, González Gutiérrez JM, Garrosa Hernández E. Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Revista de ROL de Enfermería*. 2002; 25(11): 18-26.
166. Gil-Monte PR. .Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*. 2002; 7(1): 3-10.
167. Solano MC. et al. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Alicante. Enfermería Intensiva Elsevier*. 2002; 13 (1)
168. Tello Bonilla JI. Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009.(tesis doctoral). Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú; 2010.
169. Ríos Risquez MI, Carrillo García C, Sabuco Tebar EA. Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research.*; 5 (1): 88-95.
170. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, Freeman: New York; 1997.
171. Ganellen RJ, Blaney P. H. Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 47: 156-163.
172. Armikan JH, Greaves H. Sense of coherence and stress: the mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*. 2003; 18, (1): 31-62.
173. Hills H, Norvell N. An examination of hardiness and neuroticism as potential poderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine*. Hills H, Norvell N. An examination of hardiness and neuroticism as potential poderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine*. 1991; 19: 31-38.
174. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54: 466-475.
175. Moreno B, Morante ME, Rodríguez R, Rodríguez A. Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*. 2008; 20 (1): 124-130.

176. Grau, Salanova M, Peiró, JM. Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*. 2000; 18(1): 57-75.
177. Bandura A. Social cognitive theory of personality. En L. Pervin y O. John (eds.): *Handbook of Personality* (2nd ed.) New York: Guilford. 1999: 154-196.
178. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52, 1-26. .
179. Salanova M, Grau R, Llorens S, Schaufeli WB. Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia relacionada con la tecnología. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 2001; 11: 69-90.
180. Garrido E. Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicología*. 2000; 18 (1): 9-28.
181. Leiter, MP. Coping patters as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patters. *Journal of Organizational Behavior*. 1991;12: 123-144.
182. Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39(3):625-635.
183. Zapf D. Emotion work and psychological wellbeing a review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. 2002; 12: 237-268.
184. Brotheridge CM, Grandey AA. Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 2002; 60 (1):17- 39. (consultado el 10 de marzo de 2013). Disponible en: <http://www.idealibrary.com on>.
185. Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The Role of Personal Resources in the Job Demands-Resources Model. *International Journal of Stress Management*. 2007; 14: 121-141.
186. Bar-On, Brown J, Kirkcaldy BD, Thome EP. Emotional expression and implications for occupational stress: an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*. 2000; 28: 1107-1118.
187. Palenzuela, D L Refining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Pers Indiv Diff*. 1988; 9: 607-629.

188. Rotter J B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph*. 1966; 80 (1).
189. Rotter JB. *Social learning and clinical psychology* . Prentice- Hall. Englewood Cliffs, NJ; 1954.
190. Seligman MEP .*Helplessness: on depression, development and death*. Freeman, San Francisco; 1975.
191. Palenzuela DL. The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura. A reply to Kirsch' approach. *Journal of Social behavioral and Personality*. 1987; 2: 437-452.
192. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84:191-205.
193. Furnham A. Explanations for unemployment in Britain. *European Journal of Social Psychology*. 1982; 12, (335-352).
194. Dohrenwend BS, Martin JL. Personal versus situational determination of anticipation and control of the occurrence of stressful life events. *American Journal of Community Psychology*. 1979; 7:453-468.
195. Feather NT. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, N.J.:LEA;1982.
196. Palenzuela DL, Prieto G, da Silva L, De Olivera A Estudio transcultural de la Escala de expectativas de Control Percibido (ECP). Proyecto de investigación. Ministerio de Asuntos Exteriores e Investigación y Ciencia. Universidad de Salamanca; 1992.
197. Palenzuela DL, Prieto G, Barros A, Almeida S. Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC-20) . *Revista Portuguesa de Educação*. 1997; 10 (1): 75-96.
198. Spector PE, Cooper C, Sanchez JI, O'driscoll M, SPARKS K. Locus of control and well-being at work: how generalizable are western findings?. *Academy of Management Journal*. 2002; 45 (2): 453-466.

199. McKnight J D, Glass DC. Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63: 490–494.
200. Warr P, Jackson P .Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of reemployment. *Psychological Medicine*. 1985; 15: 795-807.
201. Buendía J, Jiménez D. Desempleo, expectativas-valores y trastornos afectivos. Trabajo presentado en el I Congreso Iberoamericano y III Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid;1988.
202. Evers JGW, Brouwers A, Tomic W. Burnout and self-efficacy: a study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in The Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*. 2002; 72: 227-232.
203. Jex SM, Bliese PD. Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multinivel study. *Journal of Applied Psychology*, 1999; 84: 349-361.
204. Gil-Monte PR, García-Jueas JA, Caro M. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*. 2008; 42(1):113-118.
205. Chen G, Bliese PD. The role of different levels of leadership in predicting self- and collective efficacy: Evidence for discontinuity. *Journal of Applied Psychology*. 2002; 87: 549–556.
206. Skaalvik EM, Skaalvik S. Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology*. 2007; 99: 611-625.
207. Lang J C, Lee CH. Identity accumulation, others' acceptance, job-search self-efficacy and stress. *Journal of Organizational Behavior*. 2005; 26: 293-312.
208. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio de burnout. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29 (1): 59-67.
209. Montalbán PF, Durán DM., Bravo SM. Autorreferencialidad y Síndrome de Burnout. *Apuntes de Psicología*. 2000; 18(1): 77-95.

210. Yan CE, Tang S C. The role of individual, interpersonal and organizational factors in mitigating burnout among elderly Chinese volunteers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003; 18: 795-802.
211. Vega MT, Garrido E. La adaptación psicosocial al contexto policial: la autoeficacia como moderador. En L. González, A. de la Torre, y J. de Elena (Comps.). *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías*. Salamanca: Eudema. 1995: 587-604.
212. Caballero A, Guerrero E, Gómez R, Cárdenas J, Blanco L. Control en la resolución de problemas matemáticos en estudiantes para maestro. *ABSTRACTS. III International Congress of Emotional Intelligence Opatija*; 2011.
213. Hernández-Martín L, Fernández-Calvo B, Ramos F, Contador I. Burnout, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. *Rev. De Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006; 11 (3): 155-164.
214. Manzano García G, Ramos Campos F. Enfermería hospitalaria y Síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000; 16 (2):197-214.
215. Fernández Calvo B, Menezes de Lucena VA, Ramos Campos F. El síndrome de burnout en cuidadores formales de ancianos. *Interpsiquis*. 2001; (2).
216. Ciarrochi J, Chan A, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*. 2000; 28: 539-561
217. Brackett MA, Rivers SE, Salovey P. Emotional intelligence: implications for personal, social, academic and workplaces success. *Social and Personality Psychology Compass*. 2011; 5:88-103.
218. Sánchez- Núñez MT, Latorre JM. Inteligencia Emocional y clima familiar. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. 2012; 20(1): 103-117.
219. Goleman D. *Working with emotional intelligence*. Nueva York: BantamBooks; 1998.
220. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Models of emotional intelligence. En R. J. Sternberg *Handbook of Intelligence*. Nueva York. Cambridge University Press; 2000: 396-420.

221. Boyatzis R, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in Emotional Intelligence: Insights from the emotional competence inventory. En R. Bar-On y J. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
222. Culver R, Yokomoto C. Optimum Academic Performance and its Relation to Emotional Intelligence. En 29th. *Frontiers in Education Conference*, San Juan, Puerto Rico; 1999.
223. Ciarrochi J, Deane F, Anderson S.. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32: 197-209.
224. Sánchez-Cánovas J. Naturaleza de la Inteligencia Humana. En J.M. Latorre (Ed), *Ciencias Psicosociales Aplicadas*. Madrid: Síntesis. 1995: 287-299.
225. Terman L. *The measurement of intelligence*. Boston: Houghton Mifflin; 1916.
226. Gardner H. *Multiple intelligences. Theory in practice*. New York: Books; 1993.
227. Sternberg RJ, Detterman DK. ¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid. Pirámide; 1999; reimpresión 2003.
228. Cantor N, Kihlstrom JF. *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1987.
229. McClelland DC. Intelligence is Not the Best Predictor of Job Performance. *Current Directions in Psychological Science*. 1993; 2: 5-6.
230. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990; 9: 185-211.
231. Martínez F. En Palmero F y Martínez F (coords.). *Motivación y emoción*: McGraw-Hill. Madrid; 2009.
232. Lazarus RS. The cognition-emotion debate: A bit of history . En T. Dalglish y M. Power eds.: *Handbook of Cognition and Emotion*. Chichester: Wiley 1999: 3-19.
233. LeDoux JE. *El cerebro emocional*. Ariel. Barcelona; 1996.

234. LeDoux JE. Cognitive-emotional interactions: Listen to the brain. En RD Lane y L Nadel eds.: *Cognitive Neuroscience of Emotion* Nueva York: Oxford University Press; 2000: 129-155.
235. Damasio AR. Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*; 1998; 26: 83-86.
236. Damasio AR. A second chance for emotion. En R.D. Lane y L. Nadel eds: *Cognitive Neuroscience of Emotion*. Nueva York: Oxford University Press. 2000: 12-23.
237. Ratner C. A cultural-psychological analysis of emotions. *Culture & Psychology*. 2000; 6 (1): 5-39.
238. Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*. 2003; 21 (1) 7-43.
239. Alberici y Serreri. Competencias y formación en la edad adulta. *Balance de competencias*. Barcelona. Alertes; 2005.
240. Bisquerra R, Pérez Escoda N. Las competencias emocionales. *Educación XX1*. 2007; 10: 61-82.
241. Bisquerra R. *Psicopedagogía de las emociones*. Síntesis: España; 2009.
242. Salovey P, Sluyter DJ. *Emotional Development and Emotional Intelligence*. Educational Implications. Nueva York: Basic Books. Elias M J, Tobias S; 1997.
243. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. The emotional reality of teams. *Journal of Organizational Excellence*. 2002; 21(2): 55-65.
244. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional Intelligence as a Standard Intelligence. *Emotion*. 2001; 1: 232-242.
245. Mestre Navas JM, Fernandez-Berrocal P. (coord.). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid. Pirámide; 2007.
246. Goleman D. *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam Books; 1995. (Trad.Cast. Kairós; 1996).

247. Bar-On R. El bar en el modelo de inteligencia emocional-social (ESI). *Psicothema*. 2006; 18 (supl): 13-25.
248. Petrides KV, Furnham A. On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2000; 29: 313-320.
249. Mayer ID, Roberts RDSG, Barsade SG. Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*. 2008; 59:507-536.
250. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee K S. Clustering Competence in Emotional Intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. En R. Bar-On; 2000.
251. Goleman D. Emotional intelligence perspectives on a theory of performance. En C. Cherniss, & D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
252. Ramos N, Enriquez H, Recondo O. *Inteligencia Emocional plena*. Barcelona. Kairós; 2012.
253. Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *Revista El Médico* 2009. 1112: 22-26.
254. Fernández-Berrocal P, Berrios MP, Extremera N, Augusto-Landa JM. Inteligencia Emocional: 22 años de avances empíricos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2012; 20(1): 5-14.
255. Salovey P, Woolery A, Mayer JD. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En G. J. O. Fletcher y M. S. Clark (Eds.). *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes*. 2001: 279-307.
256. Cabello R, Fernández-Berrocal P, Ruiz-Aranda D, Extremera N. Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. 2006;12 (2-3): 155-166
257. Salovey P, Mayer JD, Goldman S, Turvey C, Palfai, T. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (ed) *Emotion, disclosure, and health*. Washington: American Psychological Association. 1995:125-151.

258. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report*. 2004; 94: 751-755.
259. Extremera N, Fernández-Berrocal P. *Tests de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey y Caruso*. Madrid: TEA; 2009.
260. Fernández-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*. 2005; 1: 92
261. Mayer J, Salovey P, Caruso DR. *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test MSCEIT. Item Booklet*. Toronto, Canada: MHS Publishers; 2002.
262. Extremera N, Fernández-Berrocal P. El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Boletín de Psicología*. 2004; 80:69-77.
263. Limonero García JT, Tomás-Sábado J, Gómez Benito J, Fernández Castro J. Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*. 2004; 10 (1): 29-41.
264. Saklofske DH, Austin, EJ, Galloway J, Davidson K. Individual difference correlates of health-related behaviours: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42:491-502.
265. Sánchez MT, Fernández-Berrocal P, Montañés R, Latorre JM. ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. 2006; 15(2):455-474.
266. Brown RF, Schutte NS. Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006. 60(6):585-593.
267. Molero D, Ortega F. Diferencias en la adquisición de competencias emocionales en función del género. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*. 2011; 6: 47-61.

268. Fernández-Berrocal P, Cabello R, Castillo R. Gender differences in emotional intelligence: the mediating effect of age. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. 2012; 20(1):77-89.
269. Ortiz Acosta R. Perceived emotional intelligence and burnout in undergraduate medicine interns. *Educ Med* 2011; 14 (1): 49-55. (consultado el 10 de febrero de 2013). Disponible en: [www.educmed.net](http://www.educmed.net)
270. Preciado ML, Chávez R. Inteligencia emocional en la formación del profesional de Enfermería en una Universidad Pública de México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*. 2010; 1(1):17-21.
271. Augusto-Landa JM, Montes-Berges B. Perceived emotional intelligence, health and somatic symptomatology in nursing students. *Individual Differences Research*. 2009; 7(3):197-211.
272. Augusto-Landa JM, López-Zafra E, Aguilar-Luzón MC, de Ugarte MFS. Predictive validity of perceived emotional intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse Education Today*. 2009; 29(7):801-808.
273. Aguilar Luzón C, Augusto Landa JM. Relación entre inteligencia emocional percibida, personalidad y capacidad empática en estudiantes de enfermería. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual*. 2009; 17(2):351-364.
274. Sanjuán Quiles A, Ferrer Hernández M. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. *Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. Investigación y Educación en Enfermería*. 2008; 26(2): 226-235.
275. Colell R. Relación entre la Inteligencia Emocional y la motivación para trabajar en cuidados paliativos en estudiantes de enfermería. *Medicina Paliativa*. 2006; 13(4): 186-191.
276. Augusto Landa JM, Esther López-Zafra The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview *Psychology*. 2010, 1:50-58
277. McQueen ACH. Emotional Intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 47(1): 101-108.

278. Molina KooKer B, Shoultz J, Codier E. Identifying Emotional Intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 2007; 23(1): 30-36. (consultado el 10 de octubre de 2012). Disponible en: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/>
279. Scott-Ladd B, Chan CCA. Emotional Intelligence and participation in decision-making: strategies for promoting organizational learning and change. *Strategic Change*. 2004; 13: 95-105.
280. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med*. 2002; 34 (10):750-4.
281. Extremera N, Fernández-Berrocal P, Durán A. Inteligencia emocional y burnout en profesores, *Encuentros en Psicología Social*. 2003; 1:260-265.
282. Berrios-Santos MP; Augusto-Landa JM; Aguilar-Luzón MC. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2006. (consultado el 12 de julio de 2012). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/6135.php>
283. Grandey AA. Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2000; (1):95-110.
284. Brotheridge C. The role of emotional intelligence and other individual difference variables in predicting emotional labor relative to situational demands. *Psicothema*, 2006,.18 (1): 139-144.
285. Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among nursing staff: its causes and effects. *Social Science Medicine*. 1981;15A: 639-647.
286. Escribà-Agüir V, Más Pons R, Cárdenas Echegaray M, Pérez Hoyos S. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: "the nursing stress scale". *Gac. Sanit*. 1999;13:191-200.

287. López Fernandez JA. .Validación de la Escala de Estrés Enfermera.”NSS” Gray-Toft. Memoria de licenciatura. Universidad de la Laguna. 2002. (consultado el 15 de octubre de 2012). Disponible en : <http://www.cop.es/colegiados/t-00921>
288. Gil-Monte PR, Peiró JM. 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. 2000; 16 ( 2):. 135-149.
289. Seisdedos N. *MBI*. Inventario «Burnout» de Maslach: manual. Madrid: T E A, 1997.
290. Registered Nurse Forecasting. RN4CAST. (consultado el 15 de octubre de 2013).  
Disponible en : [www.isciii.es/ISCIII/es//fd/Informe\\_global\\_Spain.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es//fd/Informe_global_Spain.pdf)
291. Agustín E, Martínez I, Piqueras JA, Inglés CI. Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. Editorial Universidad Miguel Hernández, Elche; 2006.
292. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2006; 43 (3):311-8.
293. Laschinger HK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. J Nurs Adm. 2006; 36 (5):259-67.
294. Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz, Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. Gaceta Sanitaria. 2002; 16 (6): 487-496.
295. Artero S, Gandubert C, Boulenger JP, Ritchie K. Stress levels in nursing staff working in oncology. Stress and Health. 2001; 17: 273-279.
296. López Fernandez JA, Pérez Quintana F. ¿De qué estrés hablan los estudios sobre su medida en enfermería?. Resultados a partir de una revisión bibliográfica (1980-2003) Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2004; 20 (1) : 65-75).
297. Navarro Arnedo JM. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España Enfermería global, 2012; 26. (consultado el 30 de octubre de 2013). Disponible en: [www.um.es/esglobal/](http://www.um.es/esglobal/)
298. Tomás Sábado J, Fernández Donaire L. Estrés laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios. Metas enfermería. 2002; 45: 6-12.

299. Pinikahana J, Happell B. Stress, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: a Victorian study, 2004;12(3):120-5. (consultado el 30 de octubre de 2013). Disponible en : [www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/).
300. Payne Nicola BS. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(3):396-405.
301. Hayes B, Bonner A, Douglas Ct. The Levels of Job Satisfaction, Stress and Burnout In Australian and New Zealand Haemodialysis Nurses. In Renal Society of Australia Conference, 6-8<sup>th</sup> June 2013. Hobart, Tasmania, Australia; 2013.
302. Grado en Enfermería. Universidad de Salamanca. Competencias. (consultado el 15 de noviembre de 2013). Disponible en: [www.usal.es/webusal/files/Competencias\(2\).pdf](http://www.usal.es/webusal/files/Competencias(2).pdf)

*ANEXOS*





**13. ¿Cómo cree que es su salud en general?:**

Muy mala  Mala  Ni buena ni mala  Buena  Muy buena

**14. ¿En este momento toma alguna medicación? :** Si  No

Utiliza con frecuencia: Analgésicos  Tranquilizantes

Estimulantes (excepto café)  Otras (especificar): \_\_\_\_\_

**15. ¿ Ha estado de baja laboral en los últimos 12 meses?:** Si  No

Si ha estado de baja laboral ¿Cuántas veces ha estado?: \_\_\_\_\_

**16. ¿En total cuantos días en los últimos 12 meses ha estado de baja?: días \_\_\_\_\_**

Motivo: Maternidad  Accidente laboral  Cirugía

Enfermedad Osteo-muscular.  E. Cardio-Respiratoria

Cáncer  E. Psicológica (ansiedad, depresión)

Otras (especificar): \_\_\_\_\_

**17. ¿Se siente satisfecho/a con su puesto de trabajo?:**

Nunca  Casi nunca  A veces  Casi siempre  Siempre

**18. En su trabajo se siente valorado/a por:** Los pacientes: Si  No

. Los familiares de los pacientes: Si  No

. Los compañeros de profesión: Si  No

. Los superiores: Si  No

**19. ¿Qué funciones ocupan la mayor parte de su jornada laboral?:** Asistencial

Administración y Gestión  Docente  Investigadora

**20. ¿Trabaja en otro Centro o realiza alguna jornada adicional a la que desarrolla en su**

**actual puesto de trabajo en este Servicio?:** Si  No

**21. ¿Estudia o dedica tiempo a su formación fuera del horario laboral? Si  No**

**22. ¿Cuando finaliza su jornada laboral realiza tareas en el hogar?: Si  No**

**23. ¿Qué tipo de tareas realiza?:** Cuidado de la casa

Cuidado de niños  Cuidado de mayores

**24. ¿Estas tareas las realiza?:**

Con ayuda de familiar

Con ayuda de profesional

Sola

**25. ¿Cuántas horas dedica al día a las tareas de la casa?** \_\_\_\_\_

### 11.2.- Cuestionario de estrés laboral enfermera (NSS)

A continuación encontrará *una serie de situaciones que ocurren de forma habitual en un servicio sanitario*. Indique, la frecuencia, rodeando el número, con que estas situaciones le han resultado estresantes en su actual servicio.

	Nunca	Alguna vez	Frecuente mente	Muy frecuente mente
1.-Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas	0	1	2	3
2.-Recibir críticas de un médico	0	1	2	3
3.-Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes	0	1	2	3
4.-Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora	0	1	2	3
5.-Problemas con un supervisor	0	1	2	3
6.-Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana	0	1	2	3
7.-No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio	0	1	2	3
8.-La muerte de un paciente	0	1	2	3
9.-Problemas con uno o varios médicos	0	1	2	3
10.-Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente	0	1	2	3
11.-No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio	0	1	2	3
12.-Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha	0	1	2	3
13.-El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo	0	1	2	3
14.-Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente	0	1	2	3
15.-Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente	0	1	2	3
16.-No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)	0	1	2	3
17.-Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente	0	1	2	3
18.-No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente	0	1	2	3
19.-Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible	0	1	2	3
20.-Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal	0	1	2	3
21.-Ver a un paciente sufrir	0	1	2	3
22.-Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios	0	1	2	3
23.-Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente	0	1	2	3
24.-Recibir críticas de un supervisor	0	1	2	3
25.-Personal y turno imprevisible	0	1	2	3
26.-El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente	0	1	2	3
27.-Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)	0	1	2	3
28.-No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional	0	1	2	3

al paciente				
29.-Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio	0	1	2	3
30.-No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería	0	1	2	3
31.-El médico no está presente en una urgencia médica	0	1	2	3
32.-No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento	0	1	2	3
33.-No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado	0	1	2	3
34.-Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio	0	1	2	3

### 11.3.- Cuestionario de Expectativas Generalizadas de Control Personal (BEEGC)

A continuación encontrará una serie de *afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes en su vida*. Lea cada frase y tache con una cruz en qué grado se identifica con la situación. Desde **1= No se identifica nada con la afirmación** Hasta **9 = Se identifica totalmente**

	No									Sí								
1. Lo que pueda conseguir en mi vida dependerá de mis propias cualidades y el empeño que yo ponga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Son muchas las ocasiones en las que dudo de mis posibilidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Estoy convencido/a de que no merece la pena esforzarse en este mundo, todo está corrompido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Cuando deseo algo siempre pienso que lo obtendré	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. La suerte siempre es algo a tener en cuenta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Dependiendo de cómo yo actúe así me irá la vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Tengo muchos pensamientos de inseguridad en relación con mis capacidades para hacer algunas cosas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. De qué sirve que yo sea competente si la mayoría de las cosas están apañadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Tengo pocas esperanzas de conseguir las cosas que realmente deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Sin suerte no se puede ir a ninguna parte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Me veo con capacidad para hacer frente a los muchos eventos estresantes que nos depara la vida diaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Cualquier cosa que me suceda en la vida estará en estrecha relación con lo que yo haga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Me veo inseguro/a a la hora de enfrentarme a muchas situaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. ¡Para qué engañarnos! lo único que cuenta en esta vida son los enchufes”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Suelo tener altas expectativas de conseguir siempre lo que quiero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Para conseguir muchas cosas está claro que siempre tiene que acompañarte la suerte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Pienso que si soy competente conseguiré lo que me proponga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Creo en el dicho “si no tienes padrino no te bautizas”, por mucho que uno valga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. En relación con mi futuro, estoy convencido de tener éxito en todo aquello que sea de interés para mí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Son muchas las circunstancias que pueden afectar en lo que una persona puede conseguir en su vida .	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Cuando me encuentro en situaciones problemáticas siempre pregunto si podré resolverlas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Si uno lucha y trabaja duro podrá conseguir muchas cosas en la vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Me siento confiado/a y seguro de mis capacidades ante situaciones futuras difíciles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Lo que haya de ocurrir ocurrirá, no importa lo que haga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Suelo ser más bien pesimista acerca de mi futuro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Creo en la suerte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Me creo con capacidad de superar cualquier problema futuro que se me pueda presentar en mi vida privada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Son muchas las cosas que deseo y pocas las posibilidades de conseguirlas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9

### 11.4.- Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24

A continuación encontrará algunas *afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos*. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta

Nada de acuerdo 1		Algo de acuerdo 2		Bastante de acuerdo 3		Muy de acuerdo 4		Totalmente de acuerdo 5	
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.			1	2	3	4	5	
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.			1	2	3	4	5	
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.			1	2	3	4	5	
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.			1	2	3	4	5	
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.			1	2	3	4	5	
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.			1	2	3	4	5	
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.			1	2	3	4	5	
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.			1	2	3	4	5	
9.	Tengo claros mis sentimientos.			1	2	3	4	5	
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.			1	2	3	4	5	
11.	Casi siempre sé cómo me siento.			1	2	3	4	5	
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.			1	2	3	4	5	
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.			1	2	3	4	5	
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.			1	2	3	4	5	
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.			1	2	3	4	5	
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.			1	2	3	4	5	
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.			1	2	3	4	5	
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.			1	2	3	4	5	
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.			1	2	3	4	5	
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.			1	2	3	4	5	
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.			1	2	3	4	5	
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.			1	2	3	4	5	
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.			1	2	3	4	5	
24.	Cuando estoy enfadado/a intento cambiar mi estado de ánimo.			1	2	3	4	5	

### 11.5. Inventario de burnout de Maslach (MBI-HSS)

A continuación hay algunas *afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo*. Para responder a ellas señale con un “X” el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días

	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o	0	1	2	3	4	5	6
2. Al final de la jornada me siento agotada/o	0	1	2	3	4	5	6
3. Me encuentro cansada/o cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí	0	1	2	3	4	5	6
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "quemada/o" por el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	0	1	2	3	4	5	6
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me encuentro con mucha vitalidad	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrada/o por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés	0	1	2	3	4	5	6
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6

18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades...	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6