

Síndrome de *burnout* y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios

Noelia Flores*, Cristina Jenaro**, Maribel Cruz***, Vanessa Vega**** y M^a del Carmen Pérez*****

Resumen

El objetivo de este trabajo consistió en analizar los factores asociados con la calidad de vida laboral y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de servicios sanitarios. La muestra estuvo formada por 562 trabajadores pertenecientes al sector sanitario, a quienes se evaluaron los estresores o demandas laborales, el apoyo social percibido, el síndrome de *burnout*, diversos factores de salud biopsicosocial y la satisfacción y calidad de vida laboral percibida. Los instrumentos empleados fueron el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), el Job Content Questionnaire (JCQ) y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28). Los resultados obtenidos evidenciaron altas tasas de estrés percibido, así como la presencia de *burnout* o síndrome de “quemarse” por el trabajo. También se encontraron repercusiones en la salud física y psicológica de los profesionales. Los análisis de varianza pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas en función de variables como la categoría profesional y los años de antigüedad en la profesión. Asimismo, los análisis de regresión confirmaron que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto del equilibrio entre las demandas, los recursos y la ausencia de *burnout*. Los resultados justifican la necesidad de intervenir con estos profesionales para mejorar tanto su salud como la calidad de los servicios ofrecidos.

Palabras clave: calidad de vida laboral, demandas, profesionales de servicios sanitarios, recursos, salud, síndrome de *burnout*.

Burnout Syndrome and Quality of Working Life among Health Services Professionals

Abstract

The aim of this study was to analyze factors associated with the quality of work life and their relationship to burnout among health care professionals. The sample consisted of 562 workers from the health sector, who were evaluated in relation to their stressors or job demands, perceived social support, burnout syndrome, various biopsychosocial health factors and their satisfaction with and perceived quality of working life. The instruments used were the MBI-GS, the Job Content Questionnaire (JCQ) and the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28). The results showed high levels of perceived stress and the presence of burnout. There were also impacts on physical and psychological health. The analysis of variance revealed the existence of significant differences in variables such as professional category and length of service. Furthermore, regression analysis confirmed that the quality of working life experienced by medical personnel is the result of a balance between demands, resources and lack of burnout. These results support the need to intervene with these professionals to improve their health as well as the quality of services provided.

Keywords: quality of working life, demands, health care professionals, resources, health, burnout syndrome.

Síndrome de burnout e qualidade de vida laboral em profissionais de serviços sanitários

Resumo

O objetivo deste trabalho consistiu em analisar os fatores associados à qualidade de vida laboral e sua relação com a síndrome de *burnout* em profissionais de serviços sanitários. A amostra foi formada por 562 trabalhadores pertencentes ao setor sanitário, nos quais se avaliaram os estressores ou demandas laborais, o apoio social percebido, a síndrome de *burnout*, diversos fatores de saúde biopsicosocial e a satisfação e a qualidade de vida laboral percebida. Os instrumentos utilizados foram o Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), o Job Content Questionnaire (JCQ) e o Questionário Geral de Saúde de Goldberg (GHQ-28). Os resultados obtidos evidenciaram altas taxas de estresse, bem como a presença de *burnout* ou síndrome de “queimar-se” pelo trabalho. Também foram constatadas repercussões na saúde física e psicológica dos profissionais. As análises de variação demonstraram a existência de diferenças significativas em função de variáveis como a categoria profissional e os anos de exercício na profissão. Além disso, as análises de regressão confirmaram que a qualidade de vida laboral experimentada pelo pessoal sanitário é produto do equilíbrio entre as demandas, os recursos e a ausência de *burnout*. Os resultados justificam a necessidade de intervir com esses profissionais para melhorar tanto sua saúde quanto a qualidade dos serviços oferecidos.

Palavras-chave: qualidade de vida laboral, demandas, profissionais de serviços sanitários, recursos, saúde, síndrome de *burnout*.

* Doctora en Psicología. Profesora asociada del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España.

Correo electrónico:

nrobaina@usal.es

** Doctora en Psicología. Profesora titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España.

Correo electrónico:

crisje@usal.es

*** Doctora en Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Correo electrónico:

redazul@hotmail.com

**** Doctora en Investigación sobre Discapacidad. Docente asociada de tiempo completo, Facultad de Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

Correo electrónico:

vanejuay@gmail.com

***** Doctora en Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Correo electrónico:

salina67@hotmail.com

Recibido: 18 de junio del 2013

Aprobado: 20 de octubre del 2013

Cómo citar este artículo: Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V. y Pérez, M. C. (2013). Síndrome de *burnout* y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*, 9(16), 7-21.

Introducción¹

Una de las principales preocupaciones desde la *gestión de los recursos humanos* es mejorar la *calidad de vida laboral* de las personas en sus respectivos puestos de trabajo (Dolan, Díez y Cannings, 2003).

El interés por el estudio de la calidad de vida laboral (CVL) se remonta a los años 1960 en Estados Unidos. Tradicionalmente, dicho estudio se ha venido abordando desde dos grandes perspectivas teórico-metodológicas: la calidad de vida del entorno de trabajo y la perspectiva de la CVL psicológica. Esta última persigue fundamentalmente la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador de acuerdo con la premisa de que si el trabajador está en óptimas condiciones, su trabajo y los beneficios sobre este también serán de calidad. Se puede decir, por tanto, que es un concepto que pretende reconciliar aspectos del trabajo que tienen que ver con las experiencias individuales y con los objetivos organizacionales. Así, la CVL explica la forma en que se produce la experiencia laboral, tanto en sus condiciones objetivas (seguridad, higiene, salario, etcétera) como subjetivas (la forma en que es vivida por el trabajador). Se trata, pues, de un concepto multidimensional formado por indicadores objetivos y subjetivos que tienen en cuenta al individuo y al contexto en el que se desenvuelve (Elizur y Shye, 1990; Martel y Dupuis, 2006).

El objetivo primordial de la CVL estriba en alcanzar una mayor humanización del trabajo por medio del diseño de puestos de trabajo más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables, y unas organizaciones eficaces más democráticas y participativas, capaces de satisfacer las demandas de sus miembros, además de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal (Segurado y Agulló, 2002).

No obstante, conseguir este objetivo no siempre resulta fácil, pues muchas veces la CVL se ve obstaculizada por numerosos factores que la merman. Uno de ellos es el *burnout* o síndrome de “quemarse” por el trabajo. Este síndrome está siendo foco de atención en numerosas empresas e instituciones preocupadas por la calidad de sus servicios, así como por la calidad de vida de los profesionales que los ofrecen. El interés por estudiar el estrés laboral coincide con la preocupación por la calidad de vida laboral de los trabajadores. Concretamente, el *burnout* fue descrito por el psiquiatra Her-

bert Freudenberger en 1974, pero sólo fue hasta bien entrados los años ochenta cuando empezó a despertar el interés dentro de la comunidad científica, debido a las investigaciones de la psicóloga Christina Maslach (1982, p. 1), quien lo definió como una “respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”, definición que ha sido y es en la actualidad la más utilizada y la de mayor reconocimiento científico. Según esta, el síndrome se compone de tres dimensiones denominadas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) o cinismo y falta de realización personal en el trabajo (RP). El AE se describe como la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga que experimentan los profesionales y que provocan que se sientan emocionalmente agotados debido al contacto cotidiano que mantienen con los receptores de sus servicios (pacientes, alumnos, reclusos, etcétera). La DP o cinismo, por su parte, se manifiesta por medio de irritabilidad y de actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia dichos usuarios. Finalmente, la RP alude a una pérdida o disminución en los sentimientos de competencia y logros personales conseguidos en el trabajo con la gente.

Este término define un tipo de estrés laboral que afecta fundamentalmente a los profesionales que prestan un servicio asistencial, puesto que la base de dicho servicio es el contacto con el usuario, que suele ser bastante intenso y, en ocasiones, poco gratificante, ya que normalmente se deposita en el profesional una gran carga de responsabilidad que podrá provocar su propio desbordamiento, con la consecuente pérdida de capacidades y de motivación por su trabajo. En el sector sanitario, el *burnout* es una de las principales causas de desmotivación, insatisfacción y absentismo laboral de los profesionales (Anagnostopoulos y Niakas, 2010; Hayes et al., 2006; Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000), y también se ha demostrado que afecta negativamente la salud de dichos trabajadores (Jenaro, Flores, Orgaz y Cruz, 2011; McKnight y Glass, 1995; Piko, 2006). Todo ello ha hecho que el fenómeno del *burnout* haya sido catalogado como la “epidemia del siglo XXI”, debido a sus efectos devastadores en la calidad de vida del propio profesional y de los servicios que ofrece.

Centrándonos en el personal sanitario, conviene comentar que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) ha definido a estos trabajadores como profesiona-

¹ Investigación parcialmente financiada por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, España (Referencia Proyecto: SA18B05).

les altamente estresados. Al respecto existen muchas evidencias a favor de que el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que el de otras profesiones (Lee y Cummings, 2008; Simpson y Grant, 1991). Aún así, los datos de prevalencia encontrados en esta profesión varían considerablemente de unos estudios a otros (Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Jueas y Figueredo-Ferraz, 2010). Henderson (1984), por ejemplo, ha estimado que entre el 30% y 40% de los médicos sufren estrés laboral de tipo crónico hasta el punto de afectar su rendimiento personal. Por su parte, Deckard, Hicks y Hamory (1992), con una muestra de médicos especialistas, estiman que un 44% padece elevado agotamiento emocional, un 40% elevada despersonalización, y sólo un 8%, baja realización personal. Otros estudios, sin embargo, encuentran que entre el 7 y el 10% del personal de enfermería en Europa padece elevados niveles de *burnout* (Schaufeli y Buunk, 2003; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christesen, 2005), y otros como Rainho, Monteiro, Pereira y Queirós (2006) reportan que alrededor del 16% de las enfermeras de Portugal experimenta *burnout*, y aproximadamente un 2% de ellas presenta ineficacia en su trabajo.

Las condiciones laborales específicas de este colectivo, como pueden ser el contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte, además de otros factores organizacionales como la sobrecarga laboral, la ambigüedad de rol, la escasez de apoyo social, los conflictos interpersonales y los problemas de comunicación, han sido los estresores más citados en este campo (Jaramillo, Ruiz y Pardo, 2009; Landbergis, 1988; Piko, 2006; Schaufeli, Maassen, Bakker y Sixma, 2011). Estos, además, afectan negativamente la calidad de vida laboral experimentada por los profesionales, algo que ha sido corroborado por Petterson y Arnetz (1997), quienes tras evaluar la calidad de vida laboral percibida de más de 3.000 trabajadores del sector sanitario, concluyen que la sobrecarga laboral es el estresor o demanda laboral que afecta de manera más negativa la calidad de vida laboral percibida. También encuentran que recursos como el apoyo social o la participación en la toma de decisiones se relacionan positivamente con la calidad de vida laboral y constituyen un factor protector ante las enfermedades padecidas por estos trabajadores. Por su parte, Laschinger, Finegan, Shamian y Almost (2001), tras evaluar a 404 enfermeras de un hospital de Canadá, concluyen que quienes perciben mayores demandas psicológicas en su puesto de trabajo y poseen menos control sobre el contenido de este experimentan una menor calidad de vida laboral que

quienes perciben control y sienten que pueden enfrentar las demandas del puesto. Otros autores como Cole et al. (2005) también señalan que la sobrecarga laboral y el apoyo social percibido se relacionan con la calidad de vida laboral experimentada por los profesionales de la salud. Por su parte, Leiter y Laschinger (2006) también constatan que la calidad de vida laboral experimentada por profesionales del sector de enfermería se asocia con niveles bajos de agotamiento emocional y cinismo.

Otro aspecto importante es el relacionado con las consecuencias derivadas de la exposición a los estresores del entorno de trabajo. En este sentido, las quejas de tipo psicossomático, los problemas de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, la pérdida de eficacia laboral por medio de múltiples manifestaciones, y las alteraciones en la vida social y familiar, son las consecuencias más referidas en estos profesionales (Cole et al., 2005; Hayes et al., 2006; Jenaro et al., 2011; Maslach y Jackson, 1982).

En este sentido, y dada la importancia y magnitud del tema, resulta necesario ampliar el número de investigaciones que analicen todos los factores asociados con la calidad de vida laboral del personal sanitario, puesto que la mayoría de los estudios se ha realizado con personal médico y de enfermería, y son escasos aquellos que hayan analizado a toda la plantilla de un hospital (Pera y Serra-Prat, 2002). Con este objetivo en mente, el estudio que se presenta persigue: 1) conocer la valoración de los profesionales respecto a los principales estresores o demandas, los recursos, el estrés laboral, la calidad de vida y la calidad de vida laboral; 2) determinar los niveles de *burnout* en la población objeto de interés; 3) analizar algunos indicadores del estado de salud biopsicosocial de los participantes; 4) determinar semejanzas y diferencias en la percepción de las demandas y recursos, el *burnout*, la salud biopsicosocial, la satisfacción laboral y la cvl en función de los diferentes grupos profesionales y del tiempo de antigüedad en la profesión, y 5) establecer las variables que contribuyen a explicar la calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios.

Método

Participantes

Los participantes en esta investigación fueron una muestra de conveniencia formada por 562 profesionales

del sector sanitario de la provincia de Salamanca. Todos ellos colaboraron voluntariamente y ofrecieron su consentimiento informado; a todos se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de las respuestas emitidas, y todos se caracterizaron por estar trabajando en el momento del estudio en hospitales que pertenecían a la red de sanidad pública de Castilla y León (España), especialmente en el Hospital Universitario de Salamanca. Respecto al género de los participantes, 84 (15%) lo constituyeron hombres frente a 475 (85%) mujeres. Predominaban los trabajadores casados (68,2%) frente a los solteros (24,7%), divorciados (4,5%) o viudos (1,6%). Asimismo, 326 trabajadores afirmaron tener cargas familiares (58%) frente a 205 (36,5%) que manifestaron no tener familiares a su cargo. En cuanto al nivel de estudio de los trabajadores, predominaron los profesionales con estudios universitarios (63,35%), seguido de quienes tenían un nivel de bachillerato o formación profesional (31,14%). La edad promedio, 44,67 años (Desviación típica = 10,00), con un rango de edades que osciló entre los 22 y los 65 años. Por lo que respecta a la situación laboral de los participantes, el 60,2% se caracterizó por tener su plaza indefinida en dicho hospital, frente al resto de participantes (39,8%) que tienen un contrato eventual. La categoría laboral predominante fue la de personal de enfermería (75,1%), seguida de personal no sanitario (13,5%). Asimismo, las categorías menos representadas fueron las de personal facultativo médico (10%) y personal directivo (1,4%). El área de trabajo predominante en el caso del personal facultativo médico fue la de rehabilitación (11,32%), seguida de la de hematología, hemoterapia y urgencias hospitalarias (9,43% en cada caso). En relación con el personal de enfermería, este trabaja fundamentalmente en consultas externas (55,72%), quirófanos (16,67%) y hospitalización (16,19%). Por último, el personal no sanitario labora generalmente en la administración (44%) y como subalterno (30,67%).

Respecto a las condiciones laborales de los encuestados, predominan quienes trabajan a jornada completa (93,8%) frente a quienes lo hacen a tiempo parcial (3,6%). Asimismo, el 61,2% de los participantes manifiesta trabajar mediante turnos, frente a aquellos que expresan no trabajar con dicho sistema (32,9%). Los turnos suelen ser mayoritariamente rotatorios (55%) frente a turnos de mañana (37,7%), turno partido (3,9%) o turno de tarde (2,8%), respectivamente. Además, el 68,7% de los encuestados se caracteriza por no hacer guardias frente a quienes manifestaron sí hacerlas (20,7%).

Respecto a la antigüedad y experiencia profesional de los participantes, cabe decir que el 61% de los encuestados lleva trabajando en el mismo hospital más de 11 años, frente a un 16,5% que lleva menos de 2 años, o un 22,5% que lleva entre 3 y 10 años. Por su parte, el 58,3% de los encuestados manifiesta llevar más de 16 años desempeñando la misma profesión, frente al 4,3% que afirma llevar menos de un año. Finalmente, el 41,5% de los participantes también se caracteriza por llevar más de 11 años en el mismo servicio hospitalario, frente al 24,8% de los encuestados que llevan entre 1 y 5 años, respectivamente.

Procedimiento

El contacto inicial con los diferentes hospitales se realizó por teléfono, correo postal y correo electrónico. Una vez establecido dicho contacto, los miembros del equipo de investigación mantuvieron una reunión con el director de gestión del hospital y la responsable de calidad de este. En dicha reunión se acordó el procedimiento de distribución de los cuestionarios.

Así, los miembros del equipo de investigación visitaban a los responsables de cada uno de los diferentes servicios del hospital y les dejaban los cuestionarios que se debían repartir en sobre cerrado. Posteriormente, se acordaba un día y una hora para visitar el hospital y recoger los cuestionarios completados por integrantes de cada uno de los servicios. Las visitas al hospital por parte de los miembros del equipo se realizaron durante seis meses, a razón de tres visitas semanales. En el caso de aquellos hospitales que estaban fuera de la ciudad, se contactó personalmente con un responsable de la dirección de la entidad hospitalaria, y los miembros del equipo de investigación se encargaron de distribuir y recoger personalmente los cuestionarios. Se distribuyó un total de 1.000 cuestionarios y se recogieron 570 (57%). De estos, se eliminaron 8 (1,4%) por tener datos incompletos. Por tanto, la muestra final quedó conformada por 562 participantes, lo que implicó una tasa de participación del 56,2%. Como se anotó, en todos los casos se garantizaron tanto el anonimato como la confidencialidad de las respuestas emitidas.

Instrumentos

Para el presente estudio se emplearon el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli,

Leiter, Maslach y Jackson, 1996), las subescalas de apoyo social de compañeros y supervisores del Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek, 1985) y el General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979). Además de estos cuestionarios, se incluyó una sección referente a datos sociodemográficos de los participantes (género, nivel de estudios, estado civil), laborales (antigüedad en el servicio, turnos de trabajo) y otra sección sobre indicadores de calidad de vida laboral que incluía ítems relacionados con la ambigüedad de rol, estresores laborales, satisfacción laboral, calidad de vida y calidad de vida en el trabajo.

El Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli et al., 1996) es un cuestionario de autoinforme compuesto por 16 ítems destinados a evaluar el síndrome de “quemarse” por el trabajo (o *burnout*) en cualquier tipo de profesión, y que puede ser completado por trabajadores de cualquier categoría profesional. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 0 a 6 puntos que indica la frecuencia con que cada uno de los ítems es experimentado. Así, las puntuaciones se distribuyen desde “Nunca” (0) hasta “Siempre” (6). Los 16 ítems del MBI-GS se agrupan a su vez en tres subescalas denominadas Agotamiento (AG), Cinismo (CY) y Eficacia Profesional (EP). La puntuación total en cada uno de los factores se obtiene hallando la media de las respuestas ofrecidas por el sujeto a cada uno de los ítems que componen cada factor. La obtención de puntuaciones elevadas en agotamiento, cinismo y bajas en eficacia profesional es indicativa de *burnout*. Este instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, y ha sido ampliamente utilizado (Hansen, Sverke y Näswall, 2009) en la población objeto de nuestro estudio. Para la presente investigación, los coeficientes de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenidos en las dimensiones oscilaron entre 0,82 y 0,86, siendo el índice de fiabilidad del total de la escala igual a 0,86, lo que apoya su consistencia interna.

La escala de apoyo social del Job Content Questionnaire (Karasek, 1985) se empleó para evaluar los recursos sociales con los que cuentan los profesionales sanitarios en el trabajo. Este instrumento ha sido ampliamente aplicado en los contextos laborales y permite una evaluación válida y fiable de los aspectos más significativos que hacen referencia al contenido del trabajo (Karasek, 1979; Vermeulen y Mustard, 2000). Dicha escala se compone por 11 ítems a los que se responde en una escala tipo Likert de 4 puntos que reflejan el grado de acuerdo respecto a una serie de situaciones que tienen que ver con el trabajo. Las categorías de respuesta se

distribuyen desde el “Total desacuerdo” (1) hasta el “Total acuerdo” (4). La escala, a su vez, se compone de dos subescalas: apoyo social de compañeros —formada por 6 ítems que aluden a las relaciones interpersonales percibidas en el contexto laboral, en este caso a las relaciones con los compañeros de trabajo; puntuaciones elevadas son indicativas de la presencia de apoyo de los compañeros como recurso utilizado en el contexto laboral— y apoyo social de supervisores —compuesto por 5 ítems referidos a la percepción del trabajador sobre el apoyo social recibido por parte de su jefe más directo o supervisor; puntuaciones elevadas son indicativas de una buena percepción de apoyo social y, por el contrario, cifras bajas indican que no se percibe apoyo social como recurso disponible para el trabajador. Es un instrumento válido y fiable con unos coeficientes de consistencia interna Alfa de Cronbach superiores a 0,70 en todas las escalas (Karasek, 1979). En el presente estudio los análisis de fiabilidad indicaron unos coeficientes Alfa de Cronbach de 0,79 para la subescala de apoyo social del supervisor, y de 0,81 para la subescala de apoyo social de compañeros, siendo el coeficiente Alfa de Cronbach para el total de la escala de 0,82. Estos datos apoyan la adecuación desde un punto de vista psicométrico del instrumento.

La versión española del General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg y Hillier 1979), adaptada por Lobo, Pérez-Echevarría y Artal (1986) se usó para evaluar el bienestar y la salud física, psicológica y social percibida de los participantes. El GHQ-28 es uno de los instrumentos más utilizados para detectar morbilidad en contextos clínicos e investigativos (Raphael, Lundin y Weisaeth, 1989). Se trata de un cuestionario de *screening* autoadministrado diseñado para indicar, en general, la salud mental del individuo. La presente versión consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas identificadas mediante análisis factorial (Goldberg y Hillier, 1979). Estas subescalas son: síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión grave. El punto de corte utilizado generalmente en contextos clínicos es de 4/5 al emplear una escala de respuesta dicotómica. En nuestro caso los sujetos fueron definidos como “casos probables” psiquiátricos cuando obtuvieron puntuaciones mayores de 6 en la medida total; esta línea de corte proporciona una sensibilidad del 77-89% y una especificidad del 86-90% (Lobo et al., 1986; Goldberg et al., 1997). Los índices de fiabilidad obtenidos fueron $\alpha = 0,76$ para los síntomas somáticos, $\alpha = 0,81$ para la ansiedad-insomnio, $\alpha = 0,75$ para la disfunción social y $\alpha = 0,86$ para la depresión. Estos niveles de fiabilidad son comparables

con los alcanzados en otros estudios con poblaciones de habla hispana, como por ejemplo, Gibbons, Flores de Arévalo y Mónico (2004).

Finalmente, para la recolección de datos sociodemográficos se elaboró un cuestionario compuesto por 36 preguntas relacionadas con:

- a) información sociodemográfica (sexo, edad, estado civil, cargas familiares, etcétera);
- b) información sobre el empleo (categoría profesional, servicio en el que trabaja, jornada de trabajo, antigüedad en el servicio, antigüedad en la profesión, etcétera);
- c) información sobre ambigüedad de rol: 5 ítems que evalúan aspectos relacionados con la claridad de la información ofrecida al trabajador sobre su rendimiento, las tareas por desempeñar y las promociones o ascensos. Los trabajadores que perciben ambigüedad de rol se caracterizan por no disponer de información clara y precisa sobre el contenido de su trabajo. Los ítems se evalúan según una escala tipo Likert de 4 puntos cuyas categorías de respuesta oscilan desde “Nunca” (1) hasta “Siempre” (4). Conviene señalar que el contenido de los ítems de esta escala es inverso y que, por tanto, puntuaciones bajas son indicativas de ambigüedad de rol;
- d) información sobre *demandas laborales*: evaluadas por medio de 12 ítems que aluden a potenciales estresores presentes en el contexto laboral. Cada ítem se responde en una escala continua de 1 a 10 puntos en los que el sujeto debe valorar la intensidad con que percibe cada uno de estos estresores en su entorno de trabajo, siendo la puntuación (1) la mínima intensidad del estresor y (10) la puntuación de máxima intensidad del estresor;
- e) información sobre *satisfacción laboral*, recogida mediante 5 ítems que evalúan el grado de satisfacción experimentado por el trabajador respecto al trabajo en general, a la organización de este, a la intención de permanencia o cambio de trabajo y a la satisfacción con la remuneración. Dichos ítems fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios de la Encuesta de Evaluación de la Satisfacción Laboral del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Cantera, 2003). Los ítems se responden según una escala Likert de 4 puntos formada por cuatro categorías que van desde “Nunca” (1) hasta “Siempre” (4);
- f) dos preguntas destinadas a conocer la valoración subjetiva del propio trabajador sobre su *calidad de vida* y *calidad de vida laboral*, en la que se pide a los participantes que puntúen estos dos aspectos en una escala

continua de 10 puntos, en la que el (1) indica la puntuación mínima o menor satisfacción con la vida en general y la vida en el trabajo en particular, y el (10) es indicativo de la máxima puntuación o máxima satisfacción con ambos aspectos.

Resultados

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v. 15 (2006); el nivel de significación estadística establecido fue de $\alpha = 0,05$. El coeficiente Alfa de Cronbach se empleó para evaluar la fiabilidad de los instrumentos de evaluación (Clark y Watson, 1995). También se usaron estadísticos descriptivos, estadísticos de contraste univariados (análisis de varianza) y multivariados (análisis de regresión), fundamentalmente.

Con objeto de responder al primer objetivo, en la tabla 1 se ofrecen los resultados relativos a la valoración de los diferentes estresores o demandas laborales. Se puede observar cómo —valorados en una escala de 1 a 10 puntos, en la que el (10) es la máxima puntuación o máximo estrés— las principales demandas se relacionan tanto con la cantidad de tareas por realizar, como con la cantidad de pacientes que es preciso atender diariamente. Por su parte, las demandas percibidas con menor intensidad son aquellas que provienen de la relación interpersonal en el medio laboral (compañeros vs. supervisores).

Tabla 1. Valoración de los *estresores* o *demandas* laborales

Demandas laborales	Media (M)	Desviación típica (DT)
Cantidad de tareas	6,06	2,82
Cantidad de pacientes	5,82	3,08
Exceso de responsabilidad	5,76	2,73
Burocracia	5,53	2,83
Turnos	5,15	3,18
Relaciones con los familiares del paciente	4,92	2,98
No obtener <i>feedback</i> de mi desempeño profesional	4,59	2,79
Escasez de formación	4,49	2,72
Servicio en el que trabaja	4,44	3,06
Contacto con los enfermos (pacientes)	4,36	2,95
Relación con los compañeros	4,30	2,87
Relación con el supervisor	4,03	2,96

Fuente: elaboración propia

Continuando con el análisis de los principales estresores o demandas percibidas por los profesionales sanitarios, en la tabla 2 se presentan los resultados res-

pecto a la satisfacción con el flujo de información en la organización, tanto en lo referente a la comunicación horizontal como vertical. Así, se puede observar cómo un 50,8% de los participantes manifiesta que recibe muy poca información clara y precisa por parte de sus supervisores. Por su parte, un 55,1% también manifiesta que los compañeros de trabajo o personas que ocupan la misma información jerárquica no les suelen transmitir con claridad lo que esperan o necesitan de ellos. Asimismo, casi la mitad de los participantes (48,2%) indica que no suele recibir casi nunca información clara y precisa sobre las tareas de su puesto de trabajo. Respecto a las valoraciones sobre la recepción de información clara y precisa acerca de cuáles son sus límites y responsabilidades en el trabajo, un 65,3% de los participantes señala que esta información no se le suele ofrecer nunca, o bien se le ofrece pocas veces. Finalmente, sólo un 11,5% de los profesionales informa recibir frecuentemente información clara y precisa so-

Tabla 2. Valoración de aspectos de comunicación en la organización

Aspecto	n	%
Información de superiores		
Nada	66	11,7
Poco	220	39,1
Bastante	170	30,2
Mucho	104	18,6
No responde	2	0,4
Información de compañeros		
Nada	76	13,5
Poco	234	41,6
Bastante	165	29,4
Mucho	80	14,3
No responde	7	1,2
Información de tareas		
Nada	53	9,4
Poca	218	38,8
Bastante	228	40,6
Mucha	61	10,8
No responde	2	0,4
Información sobre límites de autoridad		
Nada	100	17,8
Poca	267	47,5
Bastante	158	28,1
Mucha	35	6,2
No responde	2	0,4
Información sobre promociones		
Nada	243	43,2
Poca	251	44,7
Bastante	58	10,3
Mucha	7	1,2
No responde	3	0,6

Fuente: elaboración propia

bre ascensos y promociones dentro de su trabajo. Estos resultados evidencian la presencia de riesgos psicosociales relacionados con la ambigüedad de rol.

Por lo que hace referencia a los recursos relacionados con el apoyo social, las puntuaciones medias obtenidas en dichos factores pusieron de manifiesto que los compañeros constituyen un recurso de apoyo importante para los trabajadores (Media = 2,92) y también los supervisores (Media = 2,66), aunque en menor medida.

Respecto a la valoración sobre el estrés laboral percibido, un 73% de los trabajadores encuestados afirmó que su trabajo era estresante, frente a un 26,8% de los profesionales que no percibían su trabajo como fuente de estrés. Por otro lado, las puntuaciones medias obtenidas por los participantes, en una escala del 1 al 10, en cuanto a su valoración sobre la calidad de vida, fueron de 7,19 (Desviación típica = 1,64) y de 5,53 (Desviación típica = 2,10) para la calidad de vida laboral. Cabe destacar la valoración inferior que otorgaron a su percepción de la calidad de vida en el trabajo frente a la satisfacción que experimentan con la vida en general.

En segundo lugar, con el fin de conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en la población objeto de interés, se decodificaron las puntuaciones en cada una de las dimensiones del *burnout* según los baremos propuestos por los autores del instrumento (Schaufeli et al., 1996). En la tabla 3 se exponen los resultados relativos a la distribución de los participantes en niveles bajos, medios y elevados de agotamiento, cinismo y eficacia profesional. Se observa cómo un 28,1% de los participantes manifiesta niveles altos de agotamiento emocional, un 47,9% indican tener un alto cinismo o despersonalización, y un 42,7% obtienen puntuaciones que denotan una baja eficacia profesional.

Tabla 3. Prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales sanitarios (N = 562)

Aspecto	n	%
Agotamiento		
Bajo	281	50,4
Medio	120	21,5
Alto	157	28,1
Cinismo o despersonalización		
Bajo	140	25,1
Medio	150	27,0
Alto	267	47,9
Eficacia profesional		
Baja	238	42,7
Media	168	30,1
Alta	152	27,2

Fuente: elaboración propia

Posteriormente, y con la intención de conocer cuántos profesionales estaban “quemados” por su trabajo, se seleccionaron únicamente a aquellos participantes que habían puntuado alto en agotamiento, alto en cinismo y bajo en eficacia profesional. Así, se obtuvo que 60 profesionales (10,67%) presentaban *burnout*. Además, y atendiendo a los porcentajes relativos por grupos profesionales, un 12% de los profesionales facultativos manifestaron estar “quemados”, seguidos de un 10,53% del personal no sanitario y por un 10,19% del personal de enfermería.

En tercer lugar, los resultados obtenidos tras la evaluación de algunos indicadores de la salud biopsicosocial (sintomatología somática, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión), pusieron de manifiesto una mayor presencia de sintomatología somática y de ansiedad-insomnio en los profesionales sanitarios, frente a otro tipo de síntomas relacionados con la disfunción social o depresión. En este sentido, un 34,9% ($n = 194$) de los participantes presentó síntomas somáticos, como dolores de cabeza o sensación de cansancio; un 51,4% ($n = 286$) presentó síntomas de ansiedad-insomnio; un 3,1% ($n = 17$) manifestó síntomas de disfunción social o percepción de insatisfacción con lo que se realiza, sensación de inutilidad y falta de valía hacia el propio trabajo y hacia diferentes roles vitales, y un 4,3% ($n = 24$) de los participantes indicó tener sentimientos de depresión o desesperanza.

Seguidamente, y con el fin de dar respuesta a nuestro cuarto objetivo consistente en analizar si existirían diferencias significativas en las variables de interés (demandas, recursos, *burnout*, salud biopsicosocial, satisfacción laboral y cvl) en función del grupo profesional al que pertenecieran los participantes, se llevaron a cabo diferentes análisis de varianza (ANOVA) de un factor y análisis *post-hoc* (Scheffé).

Así, en primer lugar y respecto a las *demandas laborales*, en la tabla 4 se presentan los resultados relativos a las puntuaciones obtenidas por los tres grupos profesionales objeto de análisis. Se puede observar, en primer lugar, cómo existen diferencias significativas en la percepción de las demandas por parte de los diferentes grupos profesionales. Concretamente, los profesionales difieren significativamente en el estrés que les generan los turnos de trabajo, la sobrecarga laboral, el exceso de responsabilidad, el contacto diario con los enfermos, la cantidad de pacientes atendidos diariamente, las relaciones con los familiares de los pacientes y la burocracia. Los análisis *post-hoc* pusieron de manifiesto que el personal no sanitario percibe con menor

intensidad estas demandas laborales frente al resto de los compañeros pertenecientes a otros grupos.

En segundo lugar, y en relación con los *recursos*, los resultados obtenidos muestran que existen diferencias significativas en cuanto al *apoyo social del supervisor* ($F_{(2,531)} = 3,822, p < 0,05$) según el grupo profesional al que pertenezca el participante. En este sentido, el personal de enfermería parece percibir un mayor apoyo por parte de sus responsables o supervisores más directos. Por su parte, no se encontraron diferencias en los grupos profesionales en los otros recursos analizados, tales como el *apoyo social de los compañeros* ($F_{(2,532)} = 0,391, p > 0,05$) o el *apoyo social* ($F_{(2,531)} = 2,448, p > 0,05$).

En tercer lugar, el análisis de las dimensiones del síndrome de *burnout* puso de manifiesto que el grupo profesional afectaba significativamente al *agotamiento emocional* ($F_{(2,531)} = 7,311, p < 0,05$) y al *cinismo* ($F_{(2,530)} = 3,393, p < 0,05$) experimentado, siendo el personal de enfermería el que obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en dichas dimensiones. Por su parte, no se encontraron diferencias significativas en los grupos en función de la *eficacia profesional* ($F_{(2,531)} = 0,859, p > 0,05$). Respecto a los indicadores de *salud biopsicosocial*, los resultados obtenidos evidenciaron la existencia de diferencias significativas en los síntomas somáticos ($F_{(2,534)} = 5,537, p < 0,05$) a favor de los profesionales de enfermería que, en este caso, presentan mayor sintomatología somática que el resto de sus compañeros pertenecientes a las otras categorías profesionales. Por el contrario, los grupos no difirieron en el resto de variables de salud analizadas, tales como la ansiedad-insomnio ($F_{(2,529)} = 1,416, p > 0,05$), la disfunción social ($F_{(2,526)} = 0,116, p > 0,05$) o la depresión ($F_{(2,533)} = 1,032, p > 0,05$).

En quinto lugar, y relacionado con la *satisfacción laboral y calidad de vida laboral* percibida por los participantes, los resultados obtenidos señalaron la presencia de diferencias significativas respecto a la satisfacción laboral ($F_{(2,533)} = 3,635, p < 0,05$), encontrándose una situación significativamente más favorable para el personal facultativo. Por su parte, no se hallaron diferencias significativas en las diferentes categorías profesionales en función de la calidad de vida laboral percibida ($F_{(2,532)} = 0,442, p > 0,05$).

Respecto al análisis de semejanzas y diferencias de las *demandas y recursos* según el tiempo de antigüedad en la profesión, los resultados obtenidos indicaron la presencia de diferencias significativas únicamente en las demandas relacionadas con la cantidad de pacientes atendidos ($F_{(5,546)} = 2,698, p < 0,05$). En este caso, los aná-

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (ANOVA) de las demandas laborales en función del grupo profesional

Estresores o demandas laborales	Grupo profesional	n	Media (M)	Desviación típica (DT)	F
Turnos					20,761**
	Facultativo	49	4,35	2,98	
	Enfermería	409	5,64	3,12	
Cantidad de tareas	No sanitario	74	3,27	2,86	
	Facultativo	50	5,96	2,74	7,038**
	Enfermería	409	6,29	2,77	
Exceso responsabilidad	No sanitario	76	4,99	2,93	
	Facultativo	50	6,74	2,58	7,183**
	Enfermería	411	5,84	2,68	
Contacto diario enfermos	No sanitario	76	4,91	2,93	
	Facultativo	50	4,76	3,03	12,089**
	Enfermería	406	4,59	2,97	
Escasez de formación	No sanitario	76	2,86	2,29	
	Facultativo	50	4,58	2,86	0,081(n.s.)
	Enfermería	409	4,47	2,64	
Cantidad de pacientes	No sanitario	76	4,38	3,02	
	Facultativo	50	6,30	2,81	27,783**
	Enfermería	408	6,19	2,94	
Relación familiares pacientes	No sanitario	76	3,51	2,89	
	Facultativo	50	4,96	2,74	21,392**
	Enfermería	405	5,28	2,93	
Relación supervisor	No sanitario	75	2,93	2,46	
	Facultativo	50	4,52	2,98	0,963 (n.s.)
	Enfermería	409	3,97	2,91	
No <i>feedback</i> desempeño	No sanitario	76	3,80	3,14	
	Facultativo	50	4,88	3,08	0,534 (n.s.)
	Enfermería	408	4,55	2,72	
Burocracia	No sanitario	76	4,36	3,00	
	Facultativo	50	6,04	2,62	9,935*
	Enfermería	411	5,75	2,77	
Relación compañeros	No sanitario	76	4,26	2,92	
	Facultativo	50	4,58	2,85	0,819 (n.s.)
	Enfermería	407	4,32	2,86	
Servicio	No sanitario	76	3,95	2,97	
	Facultativo	50	3,76	2,89	2,572 (n.s.)
	Enfermería	403	4,60	3,07	
	No sanitario	75	4,00	3,09	

n.s. = no significativo; *significativo, con $p < 0,05$; ** significativo, con $p < 0,01$

Fuente: elaboración propia

lisis *post-hoc* (Scheffé) pusieron de manifiesto que los profesionales que llevan menos de un año trabajando y los que llevan entre 13 y 16 años difieren significativamente del resto, siendo, a su vez, quienes experimentan las menores y mayores tasas de estrés, respectivamente. En cuanto a los *recursos*, se encontraron diferencias significativas en todos los recursos analizados, es decir, en el apoyo social del supervisor ($F_{(5,546)} = 3,007, p < 0,05$), en el apoyo social de los compañeros ($F_{(5,547)} = 4,712, p < 0,05$) y en el apoyo social en general ($F_{(5,546)} = 5,122, p < 0,05$). En todos los casos, los análisis *post-hoc* pusieron de manifiesto que los profesionales con más de 16 años en la profesión eran quienes experimentaban con menor intensidad este recurso. Por su parte, también se reportaron diferencias significativas en los factores de agotamiento ($F_{(5,546)} = 4,000, p < 0,05$) y cinismo ($F_{(5,545)} = 4,964, p < 0,05$) del *burnout*. En este sentido, los profesionales que llevan entre 1 y 4 años de antigüedad son quienes presentan un menor *burnout*, frente a aquellos que llevan en la profesión más de 16 años, que se encuentran más “quemados” por su trabajo. En lo relativo a las posibles diferencias en los factores de salud biopsicosocial, los resultados obtenidos evidenciaron la presencia de diferencias significativas en cuanto a la presencia de ansiedad-insomnio ($F_{(5,544)} = 4,328, p < 0,05$) y depresión ($F_{(5,548)} = 2,427, p < 0,05$), siendo los profesionales con más de 16 años en la profesión los que presentan una peor salud. Por su parte, no se encontraron diferencias respecto a los síntomas somáticos ($F_{(5,549)} = 1,813, p > 0,05$) ni a la disfunción social ($F_{(5,541)} = 1,566, p > 0,05$). La antigüedad en la profesión también arrojó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción laboral experimentada por los participantes ($F_{(5,548)} = 5,772, p < 0,05$), siendo los profesionales con una antigüedad entre 13 y 16 años quienes experimentaron una menor satisfacción con su trabajo. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la percepción de la calidad de vida laboral ($F_{(5,547)} = 1,779, p > 0,05$), ni en la calidad de vida ($F_{(5,545)} = 1,779, p > 0,05$) según el tiempo de antigüedad en la profesión.

Finalmente, con objeto de responder al quinto y último objetivo, esto es, determinar cuáles son los mejores predictores de la calidad de vida laboral, presentamos los resultados obtenidos tras la realización de un análisis de regresión múltiple por el procedimiento paso a paso. Las variables introducidas como potenciales predictores fueron: 1) estresores relacionados con los turnos, la cantidad de tareas, el contacto con enfermos, la escasez de formación, la cantidad de pacientes, las relaciones con el supervisor, la ausencia de *feedback* sobre el desempeño, la burocracia, las relaciones con los compañeros, el estrés del servicio; 2) variables asociadas con la comunicación, concretamente las relativas a la recepción de información por parte de los superiores, compañeros, información sobre tareas, sobre límites de autoridad y sobre promociones; 3) factores del *burnout*: agotamiento, cinismo, eficacia profesional; 4) recursos, consistentes en el apoyo social del supervisor y el apoyo social de compañeros; 5) factores de salud, entendidos como síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión, y 6) variables sociodemográficas como el nivel de estudios, la antigüedad en el hospital, en la profesión y en el servicio.

La tabla 5 muestra el resumen del modelo de regresión, en el que se observa cómo las variables que han entrado en la ecuación de regresión son el agotamiento, el apoyo social del supervisor, la información sobre los límites de la autoridad, el estrés del servicio, la eficacia profesional y el cinismo. La combinación de todas estas variables predice el 35,6% de la varianza. Dichas variables, por su parte, están linealmente relacionadas ($F_{(5,491)} = 46,708; p < 0,05$). Los coeficientes beta (tabla 6) indican que una elevada calidad de vida laboral es predicha por un bajo agotamiento, un elevado apoyo social del supervisor, una elevada información sobre los límites de la autoridad, un bajo estrés asociado con el servicio, una elevada eficacia profesional y un bajo cinismo.

Tabla 5. Resumen del modelo de regresión

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error típico de la estimación	Cambio en los estadísticos					Durbin-Watson
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F	
0,603 (f)	0,363	0,356	1,668	0,008	5,796	1	491	0,016	1,839

Predictores: (Constante): agotamiento, apoyo social del supervisor, información sobre límites de la autoridad, estrés del servicio, eficacia profesional y cinismo

Variable dependiente: calidad de vida laboral

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Coeficientes de regresión

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico			
(Constante)	4,860	0,462	Beta	10,527	0,000
Agotamiento	-0,504	0,069	-0,347	-7,285	0,000
Apoyo social del supervisor	0,361	0,116	0,128	3,127	0,002
Información sobre límites de autoridad	0,370	0,100	0,145	3,713	0,000
Estrés de servicio	-7,60E-02	0,027	-0,112	-2,858	0,004
Eficacia profesional	0,187	0,061	0,111	3,075	0,002
Cinismo	-0,164	0,068	-0,112	-2,407	0,016

Variable dependiente: calidad de vida laboral

Fuente: elaboración propia

Discusión

Los resultados de este estudio confirman que la presencia de determinados factores de riesgo psicosocial (demandas y falta de recursos) inciden en la salud y calidad de vida laboral experimentada por los profesionales. Así, en el ámbito sanitario se constata que las principales fuentes de estrés que afectan a los profesionales provienen de su entorno laboral; concretamente, de la sobrecarga de tareas, de la atención continuada a pacientes y del exceso de responsabilidad inherente al propio ejercicio profesional. Por su parte, otros factores relacionados con la ambigüedad de rol, o no recibir información clara y precisa sobre algunos aspectos relacionados con el trabajo, como por ejemplo las tareas por realizar, o los límites de su responsabilidad, o las propias oportunidades de promoción en su puesto de trabajo, también constituyen un factor de riesgo laboral para estos profesionales. Dichos resultados coinciden con la mayoría de estudios que han analizado las principales causas de estrés en el sector sanitario (Bakker, Killmer, Siegrist y Schaufeli, 2000; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González, 2008; Hansen et al., 2009; Landsbergis, 1988; Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa, Rodríguez-Carbajal y Morante, 2005). Asimismo, disponer de buenas relaciones interpersonales en el trabajo y el apoyo de los compañeros y supervisores son factores que contribuyen a una elevada calidad de vida laboral. Por el contrario, la falta de apoyo social en el trabajo es una fuente de estrés y aumenta los niveles del síndrome de “quemarse” por el trabajo (Gil-Monte, 2005). En este sentido, la función facilitadora de la falta de apoyo social sobre la relación entre el estrés laboral y el agotamiento emocional también ha sido ampliamente observada en el colectivo profesional de enfermería (Constable y Rusell, 1986; Heather, Spence-Laschinger, Wong y Gre-

co, 2006). Los resultados de este trabajo nos permiten corroborar la importancia del apoyo social de los supervisores como un factor que contribuye a una elevada calidad de vida laboral.

Otro de los objetivos que nos planteábamos con este estudio era conocer la prevalencia del *burnout* tomando como referencia a todos los trabajadores de un hospital. La mayoría de los estudios sobre prevalencia en esta población se ha realizado con personal de atención directa, como médicos o personal de enfermería (Gil-Monte y Marucco, 2008; Grassi y Magnani, 2000; Jaramillo, 2009; Keller y Koenig, 1989; Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002), y son escasos aquellos que hayan analizado el síndrome teniendo en cuenta todos los grupos profesionales que trabajan en un hospital, como por ejemplo, el personal médico, el personal de enfermería o el personal no sanitario (Pera y Serra-Prat, 2002). Así, los resultados obtenidos en esta investigación indicaron que un 28,1% de los participantes presentó elevado agotamiento, un 47,9% elevado cinismo, y un 42,7% una baja eficacia profesional. Pese a tales porcentajes, la presencia simultánea de elevado agotamiento, elevado cinismo y baja eficacia profesional en el mismo profesional fue del 10,67%, esto es, 60 profesionales sanitarios de nuestro estudio se caracterizaron por presentar estrés laboral de tipo crónico o *burnout*. De ellos, el porcentaje mayor (12%) se obtuvo en el personal médico, seguido del personal no sanitario (10,53%) y del personal de enfermería (10,19%). Pese a que estos resultados son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país (Pera y Serra-Prat, 2002), existe aún mucha controversia en cuanto a la obtención de datos fiables que reflejen la verdadera prevalencia del síndrome en la profesión sanitaria. Por ejemplo, Grau, Suñer y García (2005) en un estudio en el que evaluaron a 1.095 trabajadores del sector sanitario, encontraron unas tasas de prevalencia del 41,6% de

elevado agotamiento emocional en médicos y personal de enfermería, del 23% de alta despersonalización o cinismo en médicos, y de 27,9% de baja realización personal, especialmente en personal no sanitario y médicos. La ausencia de puntos de corte y de criterios normativos de referencia unificados y validados a nuestro contexto contribuye a explicar tal disparidad entre los estudios (Gil-Monte, 2005; Grau-Alberola et al., 2010).

Los resultados obtenidos también nos permiten poner de manifiesto la repercusión de los riesgos psicosociales en la salud (física y psicológica) de los participantes. Así, hemos encontrado que los profesionales sanitarios presentan elevados porcentajes de afectación somática (por ejemplo, dolores de cabeza, sensación de cansancio) y de ansiedad-insomnio. Resultados similares en cuanto al insomnio se han obtenido en otros estudios que han evaluado a profesionales facultativos (Hamberger y Stone, 1983; Jenaro et al., 2011; Vela-Bueno et al., 2008), y existe una amplia evidencia sobre las repercusiones del síndrome en otros aspectos de la salud de los profesionales, como los síntomas somáticos, la depresión, etcétera (Maslach y Jackson, 1982; Peterson, 2008; Schaufeli y Enzmann, 1998). También cabe señalar que nuestros resultados corroboran que el personal sanitario constituye una profesión variada y heterogénea en la que existen demandas y recursos específicos que afectan de manera diferente a cada grupo profesional. Así, se evidencia que el personal que ejerce una mayor atención directa a pacientes (médicos y enfermeras) difiere significativamente del personal no sanitario en aquellos estresores que tienen que ver con los turnos, la sobrecarga de tareas, la relación con los familiares de los pacientes y la burocracia. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre los grupos en función de aquellas demandas relacionadas con la escasez de formación, las relaciones sociales en el trabajo y la falta de *feedback* sobre el desempeño profesional. Posibles explicaciones a estos resultados pueden deberse a que tanto el personal médico como el de enfermería, al tener una mayor interacción con los pacientes y con la enfermedad, tengan también una mayor predisposición para percibir de manera más intensa estas demandas. Esto se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios empíricos realizados con profesionales sanitarios (De Jonge, Le Blanc, Peeters y Noordam, 2008; Zapt y Holz, 2006). No obstante, sería preciso realizar otros estudios en los que se puedan analizar otro tipo de demandas vinculadas también a los profesionales no sanitarios. Por otro lado, el personal de enfermería de nuestro estudio suele experimentar mayor agotamiento

y cinismo que el resto de los grupos profesionales analizados. Esto también ha sido puesto de manifiesto en otros estudios que han concluido que la profesión de enfermería es una de las de mayor riesgo de *burnout* (Bakker et al., 2000). Además, son los profesionales de enfermería quienes también presentan una mayor afectación en la salud física. En este sentido, parece que la sintomatología somática suele ser más prevalente en este grupo de profesionales que otro tipo de desórdenes mentales (Piko, 1999; Sharma, Sharp, Walker y Monson, 2008). Otra de las diferencias encontradas entre los grupos tuvo que ver con la mayor satisfacción laboral que presentó el colectivo médico. Posibles explicaciones a estos resultados pueden estar relacionadas con las condiciones laborales más ventajosas que posee este colectivo. No obstante, los resultados respecto a la satisfacción laboral son bastante contradictorios puesto que un gran número de estudios ha puesto de manifiesto las elevadas tasas de insatisfacción laboral dentro del colectivo médico, y cómo estas repercuten en la calidad de vida laboral y en la calidad del servicio y atención recibida (Freeborn, 2001; Linzer et al., 2001), mientras que otros estudios encuentran elevadas tasas de satisfacción laboral en este colectivo pese al elevado estrés que experimentan (Keller y Koenig, 1989; May y Revicki, 1985). Otros autores como Piko (2006) señalan que la baja satisfacción laboral que experimenta el personal de enfermería se asocia con una mayor presencia de sintomatología somática y problemas de salud. También se ha asociado la baja satisfacción de los profesionales de enfermería a la relación con los pacientes y las condiciones laborales (Figuereido-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte y García-Jueas, 2012). Tales hallazgos también podrían contribuir a explicar nuestros resultados. No obstante, futuros estudios deberán seguir profundizando en este tipo de cuestiones. Resultados contrarios a los esperados se relacionan con un mayor agotamiento y cinismo en aquellos profesionales con mayor antigüedad en el hospital; posibles explicaciones podrían relacionarse con la peor salud experimentada por este grupo; sin embargo, los resultados respecto a este tipo de variables sociodemográficas son muy controvertidos y varían considerablemente de unos estudios a otros. Finalmente, los resultados de este trabajo nos han permitido corroborar que la calidad de vida laboral está vinculada con el adecuado equilibrio entre las demandas y los recursos, así como con la ausencia de *burnout*. En este sentido, es preciso que las organizaciones sanitarias se comprometan con políticas

de prevención de los riesgos psicosociales y de mejora de la salud y calidad de vida en el trabajo. Ello supone acometer intervenciones desde el punto de vista individual y organizacional, tales como mejorar los aspectos comunicativos (comunicación horizontal y vertical), fomentar el apoyo social entre compañeros, determinar objetivos y prioridades, mantener un estilo de vida saludable o estrategias para reducir el agotamiento emocional (por ejemplo con entrenamiento en relajación, mejora de la asertividad, técnicas de solución de problemas) e intervenciones psicoeducativas, entre otras (Jenaro, Flores y Arias, 2007; Kravist, McAllister-Black, Grant y Kirt, 2010).

Por último, no queremos terminar sin señalar una serie de limitaciones del presente trabajo, como las relacionadas con la obtención de datos a partir de muestras incidentales que dificultan generalizar los resultados obtenidos más allá de la muestra empleada. Otra de las limitaciones alude a la naturaleza transversal de los datos. Por tanto, es preciso utilizar diseños longitudinales que permitan corroborar las relaciones causales a lo largo del tiempo y que nos permitan poner en marcha intervenciones eficaces para reducir los riesgos psicosociales asociados con la población sanitaria y mejorar su calidad de vida laboral.

Referencias

- Anagnostopoulus, F. y Niakas, D. (2010). Job Burnout, Health-Related Quality of Life, and Sickness Absence in Greek Health Professionals. *European Psychologist*, 15(2), 132-141.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J. y Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.
- Cantera, F. J. (2003). *Encuesta de Evaluación de la Satisfacción Laboral del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Cole, D. C., Robson, L. S., Lemieux-Charles, L., McGuire, W., Sicotte, C. y Champagne, F. (2005). Quality of working life indicators in Canadian Health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Occupational Medicine*, 55, 54-59.
- Constable, J. F. y Rusell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- Deckart, G. J., Hicks, L. L. y Hamory, B. H. (1992). The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *Journal of Infection Disease*, 165, 224-228.
- De Jonge, J., Le Blanc, P. M., Peeters, M. C. W. y Noordam, H. (2008). Emotional job demands and the role of matching job resources: A cross-sectional survey study among health care workers. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1460-1469.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 454-464.
- Dolan, S. L., Díez, M. y Cannings, K. (2003). Psicotoxicología de la vida laboral: el caso del personal médico de Suecia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 117-133.
- Elizur, D. y Shye, S. (1990). Quality of work life and its relations to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39, 275-291.
- Figuereido-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. y García-Juesas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271-276.
- Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174, 13-18.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y. y González, J. L. (2008). The relationships between socio-demographic variables, job stressor, burnout and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.
- Gibbons, P., Flores de Arévalo, H. y Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 389-398.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Marucco, M. A. (2008). Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo" (*burnout*) en pediatras de hospitales generales. *Revista Saúde Pública*, 42, 450-456.
- Goldberg, P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. y Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.

- Grassi, L. y Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- Grau-Alberola, E., Gil Monte, P., García-Jueas, J. A. y Figueredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1013-1020.
- Hamberger, L. K. y Stone, G. V. (1983). Burnout prevention for human service professional: proposal for a systematic approach. *Journal of holistic Medicine*, 5, 149-162.
- Hansen, N., Sverke, M. y Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96-107.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N. y Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263.
- Heather, K., Spence-Laschinger, R. N., Wong, C. A. y Greco, P. (2006). The impact of Staff Nurse Empowerment on Person-Job Fit and work engagement/burnout. *Nursing Administration Quarterly*, 30, 358-367.
- Henderson, G. (1984). Physician Burnout. *Hospital Physician*, 20-28.
- Jaramillo, E. A. (2009). Síndrome de Burnout en personal médico-asistencial: una visión general. *Revista Pensando Psicología*, 5(9), 84-90.
- Jaramillo, E. A., Ruiz, V. M. y Pardo, I. L. (2009). Síndrome de burnout y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería. *Revista Pensando Psicología*, 5(8), 15-22.
- Jenaro, C., Flores, N. y Arias, B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80-87.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, B. y Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of advanced nursing*, 67(4), 865-875.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*. [Cuestionario Job Content y guía para usuarios]. Columbia University.
- Keller, K. L. y Koenig, W. J. (1989). Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 18, 42-47.
- Kravist, K., McAllister-Black, R., Grant, M. y Kirt, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational interventions for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23, 130-138.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. y Christesen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19, 192-207.
- Landbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands- control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 217-239.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J. y Almost, J. (2001). Testing Karasek's Demands-Control Model in Restructured Healthcare Settings. Effects of Job strain on Staff Nurses' Quality of Work Life. *Journal of Nursing Administration*, 31, 233-243.
- Lee, H. y Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of nursing management*, 16, 768-783.
- Leiter, M. P. y Laschinger, H. K. S. (2006). Relationships of Work and Practice Environment to Professional Burnout. *Nursing Research*, 55, 137-146.
- Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M. McMurray, J. E. y de Haes, H. C. (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine*, 111, 170-175.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Martel, J. P. y Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measurement instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333-368.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. [Burnout: el coste de la atención]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- May, H. J. y Revicki, D. A. (1985). Professional stress among family physicians. *Journal of Family Practice*, 20, 165-171.
- McKnight, J. D. y Glass, D. C. (1995). Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 490-494.

- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez-Carbajal, R. y Morante, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11, 87-100.
- OMS. (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. [Informe mundial de salud 2000. Sistemas de salud: mejorando el desempeño]. Recuperado de <http://www.who.int/whr>
- Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 480-486.
- Peterson, U. (2008). *Stress and Burnout in healthcare workers*. [Estrés y burnout en trabajadores de la salud]. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Petterson, I. L. y Arnetz, B. B. (1997). Measuring Psychosocial Work Quality and Health: Development of Health Care Measures of Measurement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 229-241.
- Piko, B. (1999). Work related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 119, 156-162.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Rainho, C., Monteiro, M. J., Pereira, A. y Queirós, P. (2006). Adaptação cultural do questionário de desgaste profissional em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31, 172-180.
- Raphael, B., Lundin, T. y Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80, 1-75.
- Schaufeli, W. B. y Buunk, B. P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. En J. M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice. A critical analysis*. London: Taylor y Francis.
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B. y Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 248-267.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). The MBI-General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory*. Third Edition (pp. 19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Segurado, A. y Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14, 828-836.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. y Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in a internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367.
- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G. y Monson, J. R. T. (2008). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialist working in the National Health Service. *Colorectal Disease*, 10, 397-406.
- Simpson, L. y Grant, L. (1991). Sources of magnitude of job stress among Physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 27-41.
- SPSS, Inc. (2006). *SPSS base 15 for windows user's guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Olavarriera-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J., Bixler, E. O. y Vgontzas, A. N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 435-442.
- Vermeulen, M. y Mustard, C. (2000). Gender differences in Job Strain, Social Support at Work and Psychological Distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 428-440.
- Zapf, D. y Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of work organization psychology*, 15, 1-28.