

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar, ante todo, mi más sincero y profundo agradecimiento al **DOCTOR D. FRANCISCO RAMOS CAMPOS**. Tuve la fortuna de encontrar en él al maestro y amigo, del que recibí las directrices y ayudas esenciales para la elaboración de este trabajo.

Deseo hacer una especial referencia a **Dña. Vicenta López**, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Vizcaya, **Dña. Maite Barrena**, Directora de Enfermería del Centro Hospitalario de Cruces, **D. Juan M^a Badasorda**, Vicegerente de Personal de la Universidad del País Vasco, **Dña. M^a Ángeles Amenabar**, Directora del Área Psicotécnica y de Formación del Gobierno Vasco, **D. Juan M^a. Aburto**, Director de Función Pública de la Excm. Diputación Foral de Vizcaya, sin cuya ayuda no habría sido posible obtener los datos necesarios para la realización de esta investigación. Tampoco puedo olvidar a **D. David López Palenzuela** y **Dña. Yolanda Sierra**, con quienes he tenido la oportunidad de discutir la validez de las técnicas estadísticas empleadas, así como las pruebas de contraste utilizadas.

Otras muchas han sido las personas que me han proporcionado su ayuda o sus orientaciones. Aunque no figuran sus nombres, debido a la brevedad de esta nota de agradecimiento, deseo hacer constar que cuentan con mi más sincera gratitud.

ÍNDICE

RESUMEN	1
PARTE I : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	6
INTRODUCCIÓN	7
1.- CONCEPTO DE ESTRÉS.....	8
2.1. Estrés laboral en personal sanitario	15
2.- ESTRÉS EN ENFERMERÍA	27
2.1. Estresores en personal de enfermería	28
2.2. Estrés de rol en enfermería	32
2.3. Estresores específicos de distintos grupos de enfermer@s	34
2.4. Consecuencias del estrés para el personal de enfermería	37
3.- DESGASTE PROFESIONAL O AGOTAMIENTO (BURNOUT) ..	42
4.- APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA	48
5.- ESTRÉS Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	54
6.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.....	69
6.1. Hipótesis del estudio	71
 PARTE II : ESTUDIO EMPÍRICO	
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	75
2.- MUESTRA DE ENFERMER@S	77
2.1. Método	77
2.1.1. Sujetos	78
2.1.2. Instrumentos	81
2.1.2.a. Inventario burnout de Maslach (MBI)	82

2.1.2.b. Batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC-20).....	84
2.1.2.c. Cuestionario de estrés diario (CED)	86
2.1.3. Procedimiento	91
2.1.4. Pruebas estadísticas	94
2.2. Resultados	95
2.2.1. Resultados para el inventario burnout de Maslach (MBI)	96
2.2.1.a. Resultados del análisis convergente- divergente.....	100
2.2.1.b. Resultados del análisis factorial de componentes principales	105
2.2.1.c. Resultados del análisis cluster de varia- bles	110
2.2.1.d. Correlaciones entre los factores del MBI	114
2.2.2. Resultados para el BEEGC-20	116
2.2.2.a. Resultados del análisis convergente- divergente.....	119
2.2.2.b. Resultados del análisis factorial de componentes principales	123
2.2.2.c. Resultados del análisis cluster de varia- bles	131
2.2.2.d. Correlaciones entre los factores del BEEGC-20	134
2.2.3. Resultados para el cuestionario de estrés diario	135
2.2.3.a. Resultados del análisis factorial de componentes principales	138
2.2.4. Resultados del análisis de varianza	147

2.2.5. Estudio de los 36 sujetos que se sienten "acabados"	160
2.2.6. Resultados del análisis discriminante	168
2.2.7. Resultados del análisis de ecuaciones estructurales.....	170
 3.- MUESTRA DE SECRETARI@S	 189
3.1. Método	189
3.1.1. Sujetos.....	189
3.1.2. Instrumentos y pruebas	190
3.1.3. Procedimiento	190
3.1.4. Pruebas estadísticas	191
3.2. Resultados	191
3.2.1. Resultados para el inventario burnout de Maslach (MBI)	191
3.2.1.a. Resultados del análisis convergente- divergente.....	194
3.2.1.b. Resultados del análisis factorial de componentes principales	196
3.2.1.c. Resultados del análisis cluster de varia- bles	199
3.2.2. Resultados para el BEEGC-20	201
3.2.2.a. Resultados del análisis convergente- divergente.....	203
3.2.2.b. Resultados del análisis factorial de componentes principales	206
3.2.2.c. Resultados del análisis cluster de varia- bles	209

3.2.3. Resultados para el cuestionario de estrés diario	211
3.2.3.a. Resultados del análisis factorial de componentes principales	214
3.2.4. Resultados del análisis de varianza	216
3.2.5. Estudio de los 16 sujetos que se sienten "acabados"	225
3.2.6. Resultados del análisis discriminante	232
3.2.7. Resultados del análisis de ecuaciones estructurales.....	234
 4.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	 241
 CONCLUSIONES	 266
 BIBLIOGRAFÍA	 286
 ANEXOS	
ANEXO I : Instrumentos de medida	330
ANEXO II: Tablas correspondientes al estudio empírico de la muestra de enfermer@s	344
ANEXO III: Tablas correspondientes al estudio empírico de la muestra de secretari@s	367

RESUMEN

El objetivo de esta investigación se ha centrado en el análisis de las fuentes de estrés laboral y personal en profesionales de enfermería.

Para lograr dicho objetivo, este trabajo se ha dividido en dos partes. La primera se centra en la revisión de los principales estudios sobre el tema.

La segunda parte pretende analizar las posibles repercusiones del estrés ocupacional sobre la satisfacción personal, mediante la utilización de cuatro cuestionarios básicos (que recaban información, respectivamente, sobre datos sociodemográficos personales y profesionales, el estrés profesional o desgaste profesional -MBI-, algunas características de personalidad de los sujetos -BEEGC-20- y el estrés diario -CED-).

Hemos estudiado, además, las relaciones existentes entre las características de personalidad evaluadas por el Beegc-20 y el síndrome de burnout; así como la influencia del estrés diario en dicho síndrome. No hemos olvidado el ambiente organizacional, que a menudo contribuye poderosamente al denominado estrés crónico laboral asistencial.

La muestra sobre la que hemos trabajado está compuesta por 265 enfermeras (81,5% mujeres y 18,5% varones) que trabajan en el Hospital de Cruces (Baracaldo-Vizcaya).

Además, y dado que el síndrome de estrés laboral asistencial se presenta más frecuentemente en profesiones que están frente al público, hemos utilizado una muestra de secretari@s (n=100; 61% mujeres y 31% varones) como grupo control, para poder comparar ambos colectivos y ver sus respectivos comportamientos.

Algunos de los hallazgos más interesantes de nuestro trabajo son:

- El personal de enfermería presenta, en términos generales, frente a un nivel medio de cansancio emocional, una baja despersonalización y un relativamente elevado

grado de realización personal, lo que permite deducir que se encuentran satisfechos con la labor que realizan cada día.

Esta afirmación no parece tan obvia si nos referimos al colectivo de secretar@s, puesto que a unos niveles de cansancio emocional y despersonalización, similares a los de la enfermer@s, muestran un nivel de realización personal más bajo que aquéllas.

Además, hemos de señalar que un 13% de las enfermer@s y un 16% de las secretar@s confiesan abiertamente estar "quemadas".

- Tanto en el colectivo de enfermer@s como en el de secretar@s, a medida que el número de hijos aumenta, lo hace la despersonalización y disminuye el control personal percibido.

Esta situación, que no es sino el reflejo de una realidad actual, puede generar un conflicto de rol importante, puesto que no es nada fácil ser a la vez enfermer@ o secretari@, am@ de casa, madre/padre y espos@.

- En la muestra de enfermer@s, los datos confirman que los años de experiencia favorecen el control personal percibido, disminuyendo el grado de indefensión. Sin embargo, en la muestra de secretar@s, contrariamente a lo esperado, los años de experiencia profesional les llevan a mayor indefensión.
- La submuestra de secretar@s sin pareja presenta, respecto a la submuestra de secretar@s con pareja, un control personal percibido menor, junto a una mayor despersonalización y cansancio emocional; hecho que no parece ocurrir en la muestra de enfermer@s.
- En ambas muestras (secretar@s y enfermer@s) el número de horas de trabajo parece no afectar al nivel de estrés ocupacional.

- Los varones de la muestra de enfermer@s parecen presentar una mayor despersonalización que las mujeres de dicha muestra.

Este mismo hecho se da en el colectivo de secretari@s, aunque de forma algo más acusada.

- Hemos encontrado que el personal de enfermería sin especialidad presenta mayor grado de despersonalización y estrés diario total negativo que el personal de enfermería con especialidad.

Como hemos apuntado anteriormente, en nuestro estudio detectamos tanto un grupo de enfermer@s (13,25%) como de secretari@s (16%) quemadas, que eligieron para el ítem veinte del MBI ("me siento acabado") la respuesta seis ("todos los días") o la cinco ("pocas veces a la semana"). Dada la importancia de la respuesta, con objeto de conseguir algunos datos sobre las características peculiares de estos sujetos, nos pareció importante realizar un estudio más pormenorizado de ambos subgrupos de personas. Dicho estudio puso de relieve lo siguiente:

- 1.- En general, se puede afirmar que ambos subgrupos de quemad@s presentan una relativa despersonalización, acompañada de cansancio emocional.

Cabe destacar, sin embargo, que mientras en la submuestra de "enfermer@s quemad@s" el nivel de despersonalización y cansancio emocional es similar, en el caso de la submuestra de "secretari@s quemad@s" el grado de despersonalización es bastante superior al del cansancio emocional.

- 2.- Tanto el grupo de enfermer@s quemad@s como el de sus homólogos secretari@s, presentan un bajo control personal percibido.
- 3.- En la submuestra de enfermer@s quemad@s, se aprecia un importante grado de confianza en la suerte. En contrapartida, las secretari@s quemad@s no confían en la suerte, a pesar de presentar un nivel de indefensión por encima del valor teórico medio.

- 4.- Ambas submuestras de quemad@s presentan un estrés diario total positivo mayor al estrés diario total negativo.

Detectadas y analizadas las peculiares características que identifican a los subgrupos de enfermer@s y secretari@s quemad@s, sendos análisis discriminantes nos permitieron identificar que los factores que en mayor medida diferencian estos subgrupos de los de enfermer@s y secretari@s satisfech@s son el grado de despersonalización y de control personal percibido.

Sin embargo, mientras que en l@s enfermer@s, junto a estos dos factores se sitúan por orden de importancia, el estrés diario medio, la realización personal, el estrés diario total positivo, el cansancio emocional, la suerte y la indefensión; en el caso de las secretari@s son: la realización personal, la indefensión y el cansancio emocional.

Otros hallazgos interesantes de nuestra investigación son:

- a) Tanto en el colectivo de enfermer@s como en el de secretari@s, la primera fase en el proceso del desarrollo del síndrome de "burnout" corresponde a bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.
- b) En los dos colectivos estudiados, las variables de personalidad del Beegc-20 (contingencia, indefensión, suerte, autoeficacia y éxito) han mostrado un importante papel a la hora de explicar el síndrome de estar quemado por el trabajo.
- c) Mientras que en el colectivo de secretari@s el estrés diario no parece tener importancia en la explicación del proceso de desarrollo del síndrome de burnout, en el colectivo de enfermer@s juega un claro papel compensador, amortiguando los efectos negativos de dicho síndrome o retrasando su aparición.

Consideramos que en esta tesis se ofrecen aportaciones relevantes que permiten, en algunos casos, replicar empíricamente resultados ya hallados por otros investigadores y, en otros, poner en evidencia los vínculos existentes entre ciertas variables de personalidad y el burnout, así como entre el estrés ocupacional y el estrés diario.

Al ser el hospital un potente agente estresante, es realmente muy importante desarrollar un estilo cognitivo o atribucional adecuado, propiciando o induciendo en l@s enfermer@s expectativas de autoeficacia, y estilos de afrontamiento que permitan al individuo defenderse de las acciones amenazantes para su propio "yo".

Presentamos los "hospitales magnéticos" como una alternativa a la problemática planteada. En estos hospitales la imagen de enfermería más dominante es la de un profesional muy bien preparado y respetado.

Los hospitales magnéticos, posiblemente, serían una solución al problema; pero es un ideal al que tender más que una realidad actual.

PARTE I:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTRODUCCIÓN

Esta primera parte de nuestro trabajo tiene por objeto llevar a cabo una revisión, lo más exhaustiva posible, de los autores y trabajos más relevantes en relación al estrés laboral en personal de enfermería, tema central de esta tesis doctoral.

En primer lugar se ha tratado de definir y explicar el concepto de estrés a lo largo del tiempo; cuáles han sido sus concepciones y controversias, y cuál es el enfoque que predomina hoy en día.

Seguidamente, y en términos generales, se analizan los estresores laborales más influyentes en el personal sanitario, y se presentan diversas clasificaciones de los mismos basadas en los diferentes estudios realizados sobre el tema.

El siguiente punto en nuestra investigación aborda el estrés en enfermería, y específicamente los estresores concretos de esta profesión.

A continuación, debido a su importancia en la profesión de enfermería, dedicamos un apartado al estrés de rol, que tiene su origen principal en la mala definición de las funciones que ha de realizar el profesional de enfermería.

En el apartado segundo tratamos de vislumbrar las consecuencias del estrés para el colectivo en estudio. Otro aspecto tenido en cuenta, que es una consecuencia del estrés, es el síndrome de Burnout. Éste es abordado en el tercer apartado. En él tratamos de analizar y definir las características

peculiares de dicho síndrome, así como las consecuencias que tiene para los sujetos que lo padecen.

El apoyo social percibido en el personal de enfermería, dadas las repercusiones positivas y/o negativas que entraña, es analizado en el epígrafe cuarto.

En el anteúltimo de los apartados exponemos las conexiones existentes entre estrés y satisfacción laboral.

El último apartado, tras el análisis y la reflexión de los diferentes estudios presentados en esta primera parte del trabajo, planteamos nuestras hipótesis de trabajo, a las que intentaremos dar respuesta en el estudio empírico planteado en la segunda parte de esta investigación.

1.- CONCEPTO DE ESTRÉS

A pesar del paso del tiempo, el término estrés sigue siendo ambiguo y se abusa de su utilización. Tal vez por ello el conocimiento que tenemos actualmente sobre el tema resulta bastante difuso / heterogéneo.

Para clarificar el problema nada mejor que hacer alusión al origen y primeros usos del término estrés. Se ha indicado que este vocablo ya fue empleado a partir del siglo XIV para referirse a experiencias negativas, tales como adversidad, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc. Sin embargo, en el siglo XVII, por influencia del prestigioso biólogo y físico Hooke, el concepto de estrés se asocia a fenómenos físicos como presión, fuerza o distorsión.

Desde un punto de vista físico, el estrés ha sido definido como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Los tres conceptos: carga, estrés y distorsión fueron adoptados por la fisiología, psicología y sociología e influyeron en el desarrollo de las teorías sobre el estrés.

Así, mientras que los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuesta, las orientaciones psicológicas y psicosociales ponen más énfasis en la situación estimular, tendiendo a asumir el estrés como un fenómeno externo focalizándolo en el estímulo.

Básicamente debemos deducir que el estrés es un fenómeno complejo, que implica al menos a estímulos y respuestas, y a procesos psicológicos diversos que median entre ambos (Sandín y colaboradores, 1995).

Si no delimitamos su esfera de significado el estrés representará todo aquello que se pueda incluir en el concepto de adaptación. El concepto de estrés debe ser entendido como un fenómeno multimodal.

Selye (1956) define el estrés como "el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. De forma que, el estrés tiene su forma y composición características pero ninguna causa particular. El estresor es un elemento o agente nocivo que atenta contra el equilibrio del sistema homeostático del organismo".

En trabajos más recientes (Selye, 1974) se redefine el estrés como respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él. Afir-mar que un individuo sufre de estrés significa que éste es excesivo, es de-

cir, implica un sobreesfuerzo del organismo (en concreto la activación del sistema hormonal hipófiso-corticosuprarrenal) al sobreponerse al nivel de resistencia de éste.

La teoría de Selye ofrece una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables: el estresor y la respuesta de estrés. El estresor, según Selye, no es únicamente un estímulo físico; puede ser, además, psicológico, cognitivo o emocional.

Este autor señala que la respuesta de estrés esta constituida por un mecanismo tripartito que denomina Síndrome General de Adaptación. Este síndrome comprende tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento.

Por tanto, el término estrés se emplea refiriéndose a tensión nerviosa emocional o bien como el agente causal de dicha tensión. El estrés se ha concebido en ocasiones como respuesta general inespecífica (Selye, 1974).

Una de las objeciones a la teoría de Selye es que no establece las condiciones para que un estímulo pueda ser considerado estresor independientemente de sus efectos. Otro problema, también relacionado con el estresor, se refiere al componente emocional de éste y al concepto de inespecificidad.

En contraste con los modelos centrados en la respuesta, están los modelos centrados en el estímulo: el estrés se localiza fuera del individuo, siendo el Strain (efecto producido por el estrés) el aspecto correspondiente a la persona.

Esta aproximación trata el estrés como una variable independiente (al contrario que el enfoque basado en la respuesta donde se considera como variable dependiente). La orientación basada en el estímulo es la que más se acerca a la idea popular del estrés.

El grupo de Holmes es, sin duda, uno de los principales responsables del desarrollo, al menos en su fase inicial de esta orientación del estrés (como acontecimiento estimular).

Un inconveniente que presentan estas teorías es que una situación puede ser muy estresante para una persona, pero muy poco o nada para otra.

Otra concepción del estrés es entendida como transacción cognitiva persona-ambiente (Lazarus y Folkman, 1986). Las situaciones de estrés, se han considerado desde distintos enfoques y concepciones como acontecimientos vitales de cambio que exigen un esfuerzo adaptativo a la persona (Holmes y Rahe, 1967), como tensiones generales por el desempeño de determinados roles o tareas (Pearlin, 1983) o como "hassles"; es decir, una multitud de acontecimientos o situaciones fastidiosas y conflictivas que conforman nuestra vida cotidiana (Lazarus y Folkman, 1986). El estrés puede considerarse como una explicación dada a estudios psicofisiológicos alterados.

En psicología predomina un enfoque transaccional del estrés, tanto en el ámbito general (Lazarus y Folkman, 1986; French y colaboradores, 1974) como en el laboral (Karasek, 1979; Karasek y colaboradores, 1988). La transacción se ha definido como toda aquella actividad o acción que concierne a dos cosas que recíprocamente se afectan e influyen (Rof Carballo ,

1984). En este contexto el estrés sería parte de un sistema de transacción complejo y dinámico entre la persona y su entorno (Cox y colaboradores 1982).

La idea central de la perspectiva interaccional se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación (appraisal). La evaluación cognitiva es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. En esta teoría aparecen tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria es el primer mediador psicológico del estrés, pudiendo dar lugar a cuatro modalidades de evaluación (amenaza, daño, pérdida y desafío). Algo importante que se deduce de la teoría de Lazarus es que se pueden inferir tres tipos de estrés: de amenaza, pérdida y desafío.

Otra consecuencia que se deriva de la plurifactorialidad de la valoración primaria es que el estrés no es un fenómeno unitario, desterrando así la idea de que el estrés es solamente una forma de activación.

Los otros dos tipos de evaluación ocurren temporalmente. La evaluación secundaria se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. La valoración de los recursos personales determina en gran proporción que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista; estos recursos dependen substancialmente de la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento.

La reevaluación implica los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas

externas o internas, permitiendo que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas.

Lo que diferencia al modelo mediacional cognitivo de Lazarus de otras aproximaciones es la gran relevancia que se asigna a la evaluación cognitiva. Ésta es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto. No se trata, por tanto, ni de un modelo situacional ni organísmico, sino relacional. Es, en último término, un modelo procesual: el estrés es un proceso interaccional, es una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando aquélla valora que las demandas gravan o exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar.

Algunos autores han propuesto otros modelos de índole interaccional más o menos alternativos al de Lazarus, pero en esencia no muy diferentes del sugerido por éste. Por ejemplo, en "el modelo transaccional del estrés" de Cox (1978) se entiende el estrés como parte de un sistema cibernético dinámico. Estos autores creen que lo realmente importante es la evaluación cognitiva de la potencialidad estresante de la situación y de su habilidad para afrontarla.

Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. En la perspectiva interaccional se especifica que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno (tiene en cuenta el rol activo de la persona en la ocurrencia del estrés).

No se puede definir el estrés de forma exclusivamente objetiva, haciendo únicamente referencia a las condiciones ambientales, sin tener en cuenta las características del individuo. El modo como la persona afronta las situaciones de estrés determina en buena medida su resolución satisfactoria y consecuentemente su adaptación. Como hemos mencionado anteriormente, Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

Desde el punto de vista de la psicobiología, el estrés se produce cuando una estimulación (una cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla. Es decir, el estrés se sitúa entre la sobreestimulación (sobrecarga) y la acción atenuadora (o restauradora) del organismo, que implica una estrategia adaptativa y no una simple evitación, puesto que la estimulación no es nociva en sí misma. Además, debe tenerse en cuenta que el sujeto interviene para adaptarse; de ahí que el término adaptación haya sido gradualmente sustituido por el de "estrategia de afrontamiento", según el hecho de que el organismo se adapta a través de cuatro ejes: psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoimmunológico y conductual (Valdés y de Flores, 1985).

En definitiva, el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas, hasta el punto de poder producirse una separación entre las cogniciones del sujeto y las amenazas objetivas del entorno. El estrés se define biológicamente como "un estado de activación autonómica y neuroendocrina (cortico-suprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica

un fracaso adaptativo (con cognición de indefensión e inhibición inmuno-
lógica y conductual)" (Valdés y de Flores, 1985, pág 122).

Nosotros consideramos el estrés como un estado amenazante, de sobreesfuerzo para el individuo que lo padece. Esta situación produce alteraciones psicofisiológicas y conductuales que a la larga pueden llevar al sujeto a enfermar.

El estrés debe ser entendido como una interacción entre el sujeto y su entorno. Dependiendo de sus características personales, aquél tendrá repercusiones mayores o menores para la persona en cuestión.

1.1 Estrés Laboral en Personal Sanitario

Vivimos en una sociedad estresante. El ambiente que nos circunda favorece este estado de estrés; por un lado tenemos todos los agentes ambientales naturales tales como: radiación, frío, calor, viento, humedad, magnetismo; y además los agentes artificiales (ruido, contaminación atmosférica y radiaciones). Todos ellos, que contribuyen al llamado estrés ambiental, tienen tanta importancia como los estresores psicosociales en el estrés laboral. Estos agentes son altamente patógenos para la salud somática y psicológica.

Aunque tanto el estrés ambiental como el estrés laboral determinan en gran medida el estado de salud del individuo, en este estudio no abarcaremos el estrés ambiental físico, que podría ser objeto de otra tesis doctoral. En todo caso se abordarán aspectos del estrés ambiental organizacional.

En este apartado vamos a ceñirnos al estrés laboral, y más concretamente al del medio hospitalario, que es en definitiva donde el personal de enfermería desarrolla su quehacer profesional.

Un hospital es una estructura muy compleja en la que se insertan diversas organizaciones de gestión (dirección médica, gerencia del área de salud, comisión de calidad o de actividad asistencial, docencia, investigación o planificación y desarrollo) cuyo objetivo prioritario común debe ser devolver la salud al paciente.

Considerando al hospital como sistema tenemos en él a médicos, enfermeras y enfermos, que son los protagonistas de las relaciones en el hospital. Estos tres elementos constituyen la dinámica triada de dicho sistema.

No debemos olvidar que uno de los principales estresores en la vida de una persona adulta es el trabajo que realiza (Reig, Guerra y Brengelmann, 1983; Cooper y Payne, 1988). Por lo tanto, el estrés laboral desde un punto de vista "ecológico" o transaccional se considera como una falta de acoplamiento entre las capacidades, percibidas o reales, de un individuo y las exigencias, percibidas o reales, del entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

En consecuencia, el estrés laboral se produciría cuando no se logra un acoplamiento adecuado entre la persona y el trabajo que realiza, bien porque las aptitudes y capacidades de la persona no responden a las que su trabajo requiere, o bien porque el trabajo no satisface las necesidades o expectativas de la persona, o no le permite utilizar sus conocimientos o habilidades (French et al, 1974).

De acuerdo con Villar y Hernández (1991) la profesión de enfermería pasa por una gran crisis de insatisfacción. Existen muchas razones que justifican o permiten entender esta situación, que ha sido engendrada por el propio sistema hospitalario.

En primer lugar cabe señalar la creciente demanda de ciudadanos que solicitan al hospital atención sanitaria. A esto debemos añadir, todos los requerimientos exigidos para estar al día respecto a la profesión, o los riesgos existentes en relación a la accidentabilidad en la profesión, que exige a l@s enfermer@s un esfuerzo sobreañadido tanto físico como intelectual, produciendo disfunciones físicas y psicológicas como consecuencias del estrés.

En cuanto al esfuerzo físico que realiza el/la enfermer@, uno de los factores más importantes a tener en cuenta son las largas distancias que ha de recorrer cada día. Lógicamente, la arquitectura del hospital y la organización del trabajo van a condicionar en gran medida las distancias que deben recorrer el personal de enfermería.

Estudios realizados por, entre otros, Estry-Behar (1985), muestran que una enfermera del servicio de reanimación pediátrica puede recorrer diariamente una distancia de 2,5 kms, mientras que otra del servicio de reumatología puede tener un recorrido medio diario de 17 km. Según algunos autores, un/una enfermer@, por término medio, puede recorrer perfectamente entre 6 y 15 km diarios .

Añadido a lo anterior tenemos que en los hospitales se aprecian temperaturas superiores a los 25 grados centígrados y la humedad relativa está generalmente por debajo de los índices más saludables.

Además, debe tenerse en cuenta la iluminación y los niveles sonoros que constituyen otros parámetros importantes que pueden producir sensación de "agobio" y "estrés" en enfermer@s y consecuentemente deteriorar aún más el proceso de atención y cuidados al enfermo.

Por lo que respecta al esfuerzo mental que afecta a l@s enfermer@s viene representado por la presión, la falta de tiempo, la minuciosidad de la intervención, los controles especiales y cualquier otra consideración de tipo mental (valores, capacidad profesional, autocrítica, etc.) que puede generar un nivel importante de estrés.

A esto hay que añadir las interrupciones, las llamadas telefónicas, la falta de organización, de planificación y colaboración, las preguntas y demandas de los familiares, los contenidos y mensajes de la comunicación y un conjunto de datos indirectos (estudios, cartas, informes, registros de enfermería, redacción de trabajos, actualizaciones bibliográficas, sesiones clínicas y/o seminarios, etc.) que aumentan considerablemente este estado de estrés mental, que termina en cualquier tipo de disfunción psicológica (irritabilidad, agresividad, inhibición, sensación de vacío, de aislamiento y/o marginación, autoconcepto disminuido, etc.).

En el proceso de cuidados hospitalarios, de coordinación de enfermería surge una importante fuente de estrés para l@s enfermer@s porque en último término, ¿quién se hace responsable de tal o cual prueba?

En ocasiones, este tipo de dudas despliega un esfuerzo intelectual sobreañadido impresionante, capaz de generar un estrés mental insostenible, ya que en esa vorágine de la propia institución hospitalaria la/el enfermer@ se encuentra, muchas veces, realmente sol@. A esto hay que

añadir el gran volumen de trabajo existente o la mala organización de las instituciones hospitalarias por lo cual aumenta sin cesar la carga psíquica. Los excesivos sentimientos de responsabilidad, por otra parte, repercuten de forma muy negativa en el control y en el equilibrio de la personalidad.

Para l@s poc@s afortunad@s a los que les gusta realmente lo que están haciendo, lo anteriormente expuesto no supone ningún problema. Pero para l@s enfermer@s que se sienten infravalorad@s, que encuentran muy difíciles las condiciones laborales o que realizan actividades que implican un estrés constante, ir a trabajar al hospital puede convertirse algunos días en un suplicio.

Muchos profesionales de la enfermería se aburren, no encuentran motivación en su trabajo, tienen la impresión de que el tiempo pasa muy lentamente.

El hospital debe de tratar de conseguir y desarrollar "sistemas adecuados de recompensa", reconocimiento del trabajo y oportunidades de desarrollo personal. Es necesaria más imaginación y mayor profundización psicológica en los tratamientos, con el fin de conseguir que los hospitales sean más acogedores y humanos para el paciente y más atractivos para el personal que presta sus servicios en ellos.

Indudablemente se ha logrado una mejora de la supervivencia del ser humano pero, por otro lado sólo, hemos sido capaces de mantener vivo al individuo en lugar de curarle. En ese conflicto y en el propio conflicto individual, derivado básicamente de la reflexión crítica y profunda sobre la vida, el dolor y sufrimiento humano, se esconde buena parte de la angustia y el estrés de los profesionales sanitarios.

Según Flórez (1994), el cometido de todo profesional sanitario debe ser la vieja máxima "curar a veces, aliviar frecuentemente, y consolar siempre".

En general, y siguiendo a Vidal y colaboradores (1993), las fuentes de estrés laboral pueden agruparse en tres categorías:

- 1.- Factores relacionados con el trabajo.
- 2.- Factores externos o no relacionados con el trabajo.
- 3.- Características individuales o personales.

Los factores externos y los relacionados con el trabajo conducen a la tensión de percepción; no obstante, algunas características personales pueden moderar estos factores o tener un efecto directo sobre los fisiológicos.

Además de la clasificación hecha por Vidal y colaboradores (1993) y Flórez (1985) tenemos la de Cooper (1983), que identificó 6 principales fuentes de estrés laboral:

- 1 -Intrínsecas al trabajo (pobres condiciones físicas de trabajo, sistemas de turnos, sobrecargas, rutina, peligro físico, etc.).
- 2 - Rol en la organización (ambigüedad y conflicto de rol) .
- 3 - Desarrollo de la carrera (promoción excesiva o insuficiente, incongruencia del status, falta de seguridad en el trabajo, ambiciones frustradas, etc.).

4 - Relaciones interpersonales en el trabajo (problemas de relación con otros compañeros o colegas).

5 -Estructura y clima de organización.

6 - Conflictos entre las exigencias del trabajo y del hogar. Seguir preocupado en casa por cuestiones relativas al trabajo, y verse emocionalmente atrapado por ella.

Por lo tanto, vemos que en la dinámica del estrés laboral se entrecruzan los aspectos personales, sociales y laborales que dan lugar a situaciones complejas en las que la toma de decisiones (realizar una determinada exploración) o; simplemente los aspectos relacionales (tratar con gente agresiva, cometer errores, tratar con gente pasiva, la escasez de personal, etc.) determinan la aparición del estrés en el personal sanitario.

Las tensiones percibidas en relación con el trabajo desarrollado en el medio hospitalario, así como las tensiones de la propia vida, siguen fundamentalmente dos vías: una psicológica y otra fisiológica. La tensión laboral que surge en el medio laboral de la/el enfermer@ y médic@ (conflictividad, listas de pacientes, problemas con los familiares, choques con el sistema o fricciones con los compañeros) puede tener consecuencias conductuales muy importantes como absentismo, desempeño alterado, inhibición, apatía, tristeza, frustración crónica, angustia, etc.

En la tensión psíquica y física experimentada por el personal sanitario intervienen una serie de factores propios del hospital como sistema y como institución. El clima general de organización del trabajo, la falta de rigor y disciplina en el trabajo, la falta de coordinación, los problemas de

comunicación y entendimiento con sus colegas y con los que son responsables jerárquicos (director, gerente, supervisora, etc.) son elementos determinantes de las dificultades de adaptación del personal de enfermería.

Diversos estudios sobre estrés ocupacional han encontrado una relación estrecha entre dicho estrés y aquellas profesiones donde se tiene responsabilidad sobre otras personas. La tensión de tratar con clientes cara a cara se ha mostrado en muchos grupos de trabajadores como uno de los aspectos más importantes del agotamiento o desgaste profesional (burnout) (Maslach, 1978; Maslach y Pines, 1977; Freudemberger, 1974).

La muerte del paciente, que puede apreciarse como un fracaso (Payne, 1987), también se ha mostrado como otra fuente de ansiedad para el personal sanitario (Kane y Hogan, 1985). A la propia sensación de fracaso cuando muere el paciente o cuando el profesional comete algún error, se añade la amenaza de denuncia. Cualquier profesional corre el riesgo de ser denunciado por negligencia, pero para el personal sanitario este riesgo ha aumentado considerablemente en los últimos años, tanto en los países anglosajones (Payne y Firth-Cozens, 1987) como en el nuestro (Rebolledo, 1989; Del Rio Pardo y Guinarte Cabada, 1989).

Anderson y Basteyns (1981) consideran que ver de cerca la muerte o cuidar a pacientes moribundos constituyen experiencias muy estresantes, que producen en el profesional diversos trastornos de ansiedad. Posiblemente la cercanía de la muerte tiene una cierta proyección hacia el propio individuo. La muerte del "otro" es de alguna manera mi propia "muerte" y la consciencia de la muerte es, sin duda, una experiencia altamente angustiada. Muchos profesionales sanitarios no son conscientes de su susceptibilidad a este tipo de experiencias relacionadas con su quehacer coti-

diano e ignoran, también, los efectos negativos que puede originar este trabajo profesional.

Tal como afirma Sanz (1991) "los profesionales de la salud ante el enfermo con enfermedad progresiva (terminal) perciben el choque interior que se produce entre su capacidad para curar (para la que están técnicamente preparados) y la dificultad que tienen para cuidar, ayudar y apoyar al paciente por no haber sido entrenados para ello".

Paradójicamente, existe una contradicción muy importante. Por un lado, los profesionales sanitarios están muy preparados técnica, científica y clínicamente y por otro, se encuentran "inseguros" psicológicamente, tanto en el plano de la comunicación como en el de la interacción y apoyo psicológico. El estrés que van almacenando, por otro lado, es acumulativo y por lo tanto, llegan a experimentar la reacción patológica al estrés (distrés). Paralelamente, al mismo tiempo que este estado crónico de estrés les va invadiendo, les paraliza o bloquea psicológicamente y, al mismo tiempo, contagia a los demás (medio familiar y laboral).

El decir o no decir el verdadero pronóstico al paciente, el ver a un paciente sufriendo irreversiblemente (dudas éticas), las presiones de los familiares e incluso, de los propios compañeros, así como la administración o suspensión de los medicamentos, constituye un conjunto de factores psicoafectivos y profesionales muy importante a la hora de valorar las auténticas dimensiones del estrés de l@s enfermer@s.

Muchos trabajos tienen riesgo para la salud, pero la posibilidad de infecciones, la exposición a sustancias tóxicas o a radiaciones, constituyen amenazas difícilmente prevenibles para el personal sanitario (Kooker,

1987; Gestal, 1989; Clever y Omenn, 1988; Llamas, 1992; Escriba, 1992; Collado y colaboradores, 1993). A esto hay que añadir nuevas formas de enfermedad viral, como el SIDA, que despiertan actitudes negativas entre los sanitarios que deben atender pacientes con dicha enfermedad (Merton, Sutton and Wandsworth Health Commission, 1995).

Por otra parte, el número de ciudadanos que solicitan atención sanitaria y el número de enfermos que esperan una cama hospitalaria está aumentando continuamente. El cuidado del enfermo también se ha hecho más complejo que nunca, los equipos son cada vez más sofisticados, los pacientes ingresan y son dados de alta cada vez en estado más crítico o requiriendo más cuidados. Por tanto, el esfuerzo de atención, de cuidados, de responsabilidades o de entrega personal aumenta hasta límites insospechados.

Los cambios en las condiciones de trabajo (horarios, turnos, guardias, con todo lo que supone en los ritmos biológicos), o en los roles, sin consultar directamente a los profesionales implicados, y los nuevos sistemas terapéuticos: las nuevas tecnologías, los equipos de monitorización, cada vez más sofisticados y el aumento de la cantidad y complejidad de la información disponible; así como la insuficiencia de personal en muchísimos servicios y el esfuerzo intelectual continuado que supone la lectura de libros y artículos de la especialidad o profesión para tratar de "estar al día", lleva consigo que el personal sanitario no tenga tiempo para ocuparse de "sí mismo" (relaciones sociales, aficiones, entretenimientos, relaciones familiares, deportes, etc.), y en consecuencia se produce con relativa facilidad la pérdida de autocontrol y la manifestación de conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, ansiedad, mal humor, etc.) que son potencialmente generadoras de estrés.

A todo lo anterior pueden añadirse ciertos factores de frustración económica. Se ha señalado que el bajo salario entre los profesionales sanitarios es una de las fuentes más importantes de frustración, disminución de la satisfacción laboral y descenso de la productividad (Jick, 1987). Al mismo tiempo, sus aspiraciones de promoción profesional en función de dedicación, esfuerzo y estudio, difícilmente son satisfechas, lo que origina desidia y desilusión. Además los enfermeros sufren situaciones de degradación psicológicas de su propio yo, realizan trabajos que no son de su estricta competencia (trabajos de auxiliares, celadores, trabajos sociales, secretarias, etc.).

Además de todas las posibles variables negativas que realmente pueden confluir en el comportamiento del personal sanitario hay que añadir el hecho de los efectos que sobre el rendimiento tiene una jornada de trabajo continua y extenuante.

Como es natural, las situaciones de estrés o estresantes con las que se encuentra la/el enfermero tienen distintos enfoques y concepciones, y comprenden los acontecimientos vitales, propios de su existencia personal (Holmes y Rahe, 1967), las tensiones generadas por el desempeño de su "papel" o tarea profesional (Pearlin, 1983) y también una multitud de acontecimientos o situaciones fastidiosas y conflictivas que colorean la vida cotidiana de la persona (Lazarus y Folkman, 1986).

Como apunta Ortiz (1993) "cuando la enfermedad terminal se prolonga, las viejas tensiones familiares rebrotan de nuevo por la frustración de que el paciente no muere y se vuelcan directamente sobre el equipo asistencial". Con el fin de evitar o moderar este tipo de estrés sería conveniente que los profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en

este tipo de hospitales, tuvieran un entrenamiento mental acerca del control y manejo del estrés con el fin de soportar y liberar las tensiones psíquicas acumuladas como consecuencia de su actividad profesional.

Con todas estas circunstancias laborales, no resulta extraño que el "virus del desencanto" encuentre su adecuado caldo de cultivo y empiece a dar los primeros síntomas de hastío, fatiga y desmotivación. Pero, por encima de todo, en conjunto, todos estos factores: las necesidades actuales de los hospitales, que exigen un gran esfuerzo de los profesionales sanitarios en lo que se refiere a guardias, noches, dobles turnos, la insuficiencia de las plantillas, los bajos sueldos, la confusión de los roles (enfermer@s multiuso), la falta de incentivos económicos, las tareas técnicas y simplemente rutinarias, la falta de participación, la carencia de tiempo para poder leer literatura de enfermería, la burocratización y masificación, los criterios de rendimiento y de control de calidad asistencial (lo que interesa es que al final del día hayas puesto 30 sueros, sin embargo, el cómo no importa al sistema hospitalario), constituyen una fuente inagotable de estrés, que origina graves desequilibrios psicopatológicos en la/el enfermer@, produciendo una disminución, en último término, de la calidad asistencial.

Expuestos los principales motivos del estrés laboral del personal sanitario en general, a continuación analizaremos con detalle los agentes de estrés específicos para el personal de enfermería.

2. ESTRÉS EN ENFERMERÍA .

En los últimos años ha habido un creciente reconocimiento de la importancia del estrés en profesiones relacionadas con la atención sanitaria de la población. Muchos estudios versan sobre el descubrimiento de los estresores, y la mayor parte de ellos se refieren a personal y a estudiantes de enfermería (Hingley y Cooper , 1986 ; Dewe , 1987).

Las investigaciones, en líneas generales, son descriptivas, y los estresores más estudiados han sido :

- 1- Deficientes condiciones laborales .
- 2- La sobrecarga de trabajo (Packard y colaboradores, 1986).
- 3- Ambigüedad del rol que debe desempeñar dentro de la organización (Decker, 1985) y la escasa capacidad para participar en las decisiones que les afectan.
- 4 - Infradotación o la escasez de personal y el excesivo papeleo (Adey, 1987).

Situaciones que obligan a tomar decisiones, incluso cuando se tienen fuentes ambiguas de información, con la gravedad potencial de sus decisiones ante situaciones que revisten gravedad; la constante presión para no cometer errores, los abundantes contactos emocionales con los pacientes, familiares, amigos y otros profesionales de la salud; ver de cerca la muerte o cuidar a pacientes moribundos (Anderson y Basteyns, 1981), o el

temor al contagio del SIDA (O' Donnell y colaboradores, 1987) son algunos de los estresores de esta profesión que pasaremos a estudiar más profundamente a continuación.

2.1 . Estresores en personal de enfermería .

Hingley y colaboradores (1986) realizaron en Gran Bretaña una serie de estudios para detectar las causas de estrés en personal de enfermería y su relación con otras variables psicosociales y sociodemográficas interesantes. Partiendo de una muestra de 515 enfermer@s que realizaban funciones directivas, de las cuales el 80% respondió a la encuesta, propusieron una clasificación de los estresores en cinco áreas principales:

- 1- Factores intrínsecos al trabajo: el 85% de los encuestados contestó o citó como causa más frecuente la sobrecarga de trabajo .

A este respecto, otro hallazgo de interés fue que el 60 % de las respuestas, personas con un promedio de 19 años de experiencia profesional, señalaron que verse envuelto en situaciones donde peligraba la vida del paciente les causaba un considerable estrés.

- 2 - Relaciones interpersonales en el trabajo: el 67% de la muestra señaló que la falta de apoyo de sus superiores (falta de apoyo social) era un importante agente estresor .

- 3 - Rol en la organización: se encontraron diferencias significativas en situaciones relativas al rol según el grado o categoría profesional.

- 4 - Desarrollo de la carrera : un tercio de la muestra manifestó su frustración por el bajo status de su profesión y sus limitadas perspectivas de promoción.
- 5 - Conflictos entre el trabajo y el hogar. Seguir preocupado en casa por cuestiones relativas al trabajo es un predictor importante del deterioro mental del personal estudiado. Se señala que l@s enfermer@s casad@s y con hijos parecían más vulnerables a este tipo de conflictos.

Bargagliotti y Trysgstad (1987), presentaron un estudio en el cual el 73% de la muestra mostraba como principal fuente de estrés las relaciones con los compañeros de trabajo. El 71% de los encuestados consideró que la falta de participación en la toma de decisiones constituía para ellos otro agente estresante de consideración.

Reig y colaboradores (1986), en un estudio realizado con 54 enfermer@s del hospital del Servicio Valenciano de Salud de Elche, encontraron que las fuentes de estrés asociadas a mayores niveles de tensión fueron: el número de pacientes a su cargo, los requerimientos de los familiares del paciente, pacientes de edad infantil, los superiores directos y la organización del servicio .

En el estudio realizado por Adey (1987) las causas más frecuentes de estrés fueron: escasez de personal, los pacientes con tratamientos molestos, sobrecarga de trabajo, instrumentos defectuosos, la muerte de un paciente querido, pacientes o familiares agresivos y groseros, escasez de instrumentos y dar una mala noticia.

Power y Sharp (1988) compararon un grupo de 25 enfermer@s que trabajaban en un centro de acogida de niños sin familia con otro compuesto por 180 enfermer@s que atendían a retrasados mentales. En el primer grupo el estrés se asociaba principalmente al contacto con pacientes terminales y a no sentirse adecuadamente preparadas para encarar las necesidades emocionales de los pacientes y sus familiares. En el segundo grupo aparecieron mayores niveles de estrés asociados a la sobrecarga de trabajo, conflictos con otras enfermer@s y al clima general del servicio de enfermería.

En Irlanda del Norte, Mc Grath y colaboradores (1989) analizaron el estrés ocupacional en una muestra de 171 enfermer@s. Los estresores citados con mayor frecuencia, asociados a niveles moderados o altos de tensión, fueron tener poco tiempo para cumplir con sus obligaciones de una forma que les dejara satisfech@s de como lo habían hecho, y también los escasos recursos disponibles. Cerca de la mitad de l@s participantes señalaron como fuente de estrés encontrarse en callejones sin salidas por culpa de otras personas, y contrarrestar las críticas destructivas que los demás difunden sobre su trabajo. Los factores menos estresantes fueron trabajar con personal auxiliar, el contacto directo con los pacientes, y el contacto con sus familiares.

Otro estudio comparativo de estresores profesionales en personal español y de EEUU (Reig, Caruana y Peralba, 1989) señala como relevantes las siguientes diferencias: el personal de enfermería español asociaba mayor tensión a: estrés motivado por el entorno laboral, deficiencias en las estructuras o clima de la organización, relaciones interpersonales en el trabajo. Sin embargo, al personal norteamericano les preocupaba: los posi-

bles errores, la escasez de personal, posibles denuncias, atender a pacientes con SIDA y la prolongación artificial de la vida.

El estudio de Hingley y Marks (1991), confirmó que el mayor grado de estrés procede de los cuidados de enfermería y la sensación de aislamiento procedente de sus colegas.

La escasez de personal y el excesivo papeleo (Adey, 1987; Hingley y Cooper, 1986) representan también situaciones muy estresantes de sobreesfuerzo y sobrecarga tensional para l@s enfermer@s. Ello se traduce en exceso de trabajo, en conflicto de roles, desempeño de diversas actividades sanitarias, ruptura de los equipos sanitarios, falta de placer, frustración laboral, conflictos sociolaborales, etc. (Decker, 1985; Alexander, 1984; Bates y Moore, 1975; Adey, 1987, etc.). Todo ello lleva a que una organización excesivamente "economicista" de la asistencia sanitaria termina deteriorando la calidad asistencial y la salud mental de l@s enfermer@s.

Collado, Pardo, Mallebrera y Delicado (1993) trataron de ver cuales eran las condiciones de trabajo del personal de enfermería en dos hospitales de Albacete en cuanto a factores de riesgo. Los resultados más relevantes fueron: el 67% de los encuestados manifestaron recibir una información insuficiente ante la incorporación de nuevas técnicas que puedan suponer nuevos riesgos y señalan que el principal motivo de lesión se debe a pinchazos; lo que más estrés les producía era la sobrecarga de trabajo.

Roma, Ribera, Cartagena (1993) estudiaron las fuentes de estrés en una unidad de asistencia infantil. Los porcentajes más elevados se obtu-

vieron en dar una mala noticia y la muerte del paciente (72% y 70% respectivamente).

Fornés (1994) en su estudio afirma que la sobrecarga de trabajo parece ser el elemento fundamental que causa estrés tanto en el grupo de enfermer@s como en el de auxiliares.

2. 2. Estrés de rol en enfermería .

El estrés de rol es especialmente característico del personal de enfermería, y está motivado, fundamentalmente, por las deficiencias en la definición de las funciones que han de realizar l@s enfermer@s.

La importancia que, en nuestra opinión, tiene este tipo de estrés en el colectivo estudiado justifica suficientemente que le dediquemos un apartado separado.

El estrés de rol presenta una relevancia significativa porque lleva consigo una ambigüedad de rol (no conoce sus competencias o como llevarlas a cabo), dando lugar a un conflicto de rol (verse atrapado por expectativas antagónicas o conflictivas de sus diversos roles). Esta ambigüedad y conflicto de rol generan gran incertidumbre y angustia en el personal de enfermería.

Leatt y Schneck (1980) estudiaron las fuentes y frecuencia de situaciones estresantes en 153 enfermer@s canadienses, de 25 hospitales, en nueve especialidades diferentes. El personal de enfermería señaló estrés en su rol administrativo, su relación con los pacientes, ambigüedad de sus

funciones, problemas de dotación de personal y relaciones con los médicos. Los sujetos distinguieron la frecuencia en que ocurría una situación y la carga estresante de la misma. La edad y la experiencia profesional no afectaron la percepción del estrés.

Vredemburgh y Trinkaus (1983) con una muestra de 566 enfermer@s se centraron en el estudio del estrés de rol conceptualizado como conflicto de rol, incertidumbre respecto a la aceptación de la propia conducta por parte del supervisor y los colegas, y ambigüedad de rol. Encontraron que la incertidumbre sobre las opiniones e impresiones de los supervisores y colegas sobre uno mismo representaba una importante fuente de estrés para este grupo de enfermer@s.

Sus resultados también indican que el nivel de educación, el "locus de control" y el grado de compromiso profesional son predictores del estrés de rol. Así, el conflicto de rol resulta más nocivo para el rendimiento entre las personas con mayor nivel educativo. Esto se debe, probablemente, a que l@s enfermer@s con mayor nivel se les inculca en su formación unas expectativas de rol que implican status, calidad de trabajo, dirección de enfermería.

Oakle (1984) aprecia que se considera más apropiada la ocupación de enfermer@s para el género femenino. Las razones que se dan son que la mujer es más altruista y que le favorece más este trabajo que otro.

La profesión de enfermería se considera más apropiada para el género femenino. Egeland y Brown (1988) se preguntaron si entre el personal de enfermería masculino se producía estrés de rol. El principal hallazgo del estudio fue que los enfermeros, como grupo, únicamente tenía un

ligero estrés de rol por la incompatibilidad percibida entre sus roles profesional y sexual. Los enfermeros recibían respaldo de sus familiares respecto a su elección profesional, y señalaron el bajo sueldo como principal fuente de tensión.

Gray-Toft y Anderson (1985) en otro estudio con 159 enfermer@s detectaron que el conflicto y la ambigüedad de rol eran aspectos inherentes al rol de enfermer@. También encontraron que había relación entre el "estilo de supervisión" y la ambigüedad de rol: un estilo acogedor y que ofrece apoyo se asocia a niveles inferiores de ambigüedad de rol, y además repercute en que las relaciones del grupo de trabajo sean más abiertas y de colaboración. El conflicto y la ambigüedad de rol, a juicio de estos autores, son variables importantes que intervienen mediando los efectos de las variables organizacionales sobre el estrés, la satisfacción laboral y el absentismo entre el personal de enfermería hospitalario.

Nash (1993) habla del estrés generado por el rol y de los problemas de identificación del rol dentro de la jerarquía. Para ella, esta situación de ambigüedad de rol lleva consigo gran estrés y deterioro de la calidad asistencial.

2. 3. Estresores específicos de distintos grupos de enfermer@s.

Llevada a cabo la revisión bibliográfica referida a los estresores en personal de enfermería y al estrés de rol en dicho colectivo intentaremos, en este apartado, analizar los estresores específicos de diferentes grupos de enfermer@s.

Como es lógico pensar, l@s enfermer@s no constituyen una categoría homogénea. Esto significa, como ya hemos apuntado anteriormente, que los estresores pueden ser diferentes en diversos tipos de enfermer@s, en distintos servicios y en diferentes hospitales.

En el estudio de Gray-Toft y Anderson (1981) se halló que el personal de oncología, medicina y enfermería, puntuaron más alto en estrés por "incertidumbre sobre tratamiento". El análisis estadístico indicó que la puntuación en rasgo de ansiedad se mostró como un excelente predictor de la puntuación en estrés.

Power (1996) halló que l@s estudiantes de enfermería tenían altas tasas de estrés generadas por la mala relación existente entre ell@s y el equipo de enfermer@s.

Hart y Rotem (1994) concluyen que roles positivos en la relación con los demás son altamente positivos para experiencias adecuadas sobre todo en momentos de alto estrés. Por el contrario, las relaciones empobrecidas conducen inevitablemente hacia un mayor estrés.

Los investigadores señalan que algunas características de personalidad (rasgo de ansiedad) y determinados aspectos estructurales del hospital, explican en buena medida los niveles diferenciales de estrés entre el personal de enfermería.

Roger y Nash (1995), tras un estudio llevado a cabo en el servicio de urgencia, afirman que la tendencia a la inhibición de las emociones es una de las razones por las cuales el personal de enfermería de dicho servicio presentan altas tasas de estrés.

Cross y Fallon (1985), en un estudio con 120 enfermer@s de 4 servicios diferentes (U.C.I., cirugía, obstetricia y medicina), y clasificando los niveles de estrés en 7 categorías principales (p.e.: conocimientos y habilidades, dirección del servicio, relaciones interpersonales) encontraron que los 4 grupos de enfermer@s se diferenciaban en la frecuencia con que percibían los estresores, y el nivel de estrés asociado a determinado estresor variaba también de un grupo a otro.

Entre los estresores más destacados de la U.C.I., Fitter (1987) señala: el ambiente peculiar del servicio, trabajar con numerosos aparatos (tecnología), la necesidad de tomar decisiones rápidas en situaciones críticas, el riesgo de accidentes y además cuando el paciente mejora se le traslada a otro servicio con lo que pierde contacto con el personal que le atendió.

Las fuentes de estrés señaladas por un grupo de enfermer@s psiquiátricas se referían a una incapacidad para controlar aspectos críticos de su trabajo (Browner, 1987).

Dewe (1988) comparó la frecuencia de diferentes agentes estresantes en personal de enfermería de diferentes servicios utilizando una muestra de 1.801 enfermer@s de Nueva Zelanda. Los resultados indicaron que el principal predictor de la frecuencia de los estresores fue el tipo de planta o servicio. Tratar con pacientes en estado crítico era la fuente más frecuente de estrés en la U.C.I. En otros servicios (ortopedia y medicina) no estaban expuestos a un estresor particular, como en el caso de la U.C.I, pero lo estaban a un mayor número de estresores, y con mayor frecuencia. Por último, estresores como sobrecarga laboral, tratar con pacientes en estado

crítico o preocupación por el tratamiento de los pacientes, se experimentaban con la misma frecuencia en la U.C.I. que en quirófano.

Al tratarse de servicios tan específicos, como U.C.I. o quirófano, la tensión queda acumulada, por un lado porque la tarea requiere gran precisión con riesgo de la vida del paciente, y por otro porque hay momentos específicos de gran atención por parte del personal de enfermería, lo cual supone un grado de estrés mayor acumulado a lo largo del tiempo.

2.4. Consecuencias del estrés para el personal de enfermería

Tras haber analizado cuáles son los estresores, en términos generales, del personal de enfermería, y de modo específico por servicio, trataremos ahora de analizar qué consecuencias pueden derivarse de ellos y qué repercusiones tienen para este colectivo.

Diversos autores han señalado que la respuesta de ansiedad al estrés tiene un efecto negativo tanto en el personal de enfermería como en el paciente. El estrés producido, por ejemplo, al trabajar en áreas donde hay alta tasa de mortalidad de pacientes (U.C.I.) deteriora el funcionamiento del personal de enfermería, que tiende a comunicarse menos tanto con los compañeros de trabajo como con los pacientes.

Adey (1987) preguntó a enfermeras si tenían síntomas de estrés, y cuáles eran los más frecuentes. Los síntomas de estrés descritos como los más frecuentes fueron: sentirse inútil e incompetente, susceptible e irritable, jaquecas, insomnio, llanto fácil y ataques de rabia.

El absentismo laboral suele ser una fórmula, socialmente aceptada, de rechazo ante el trabajo, mediante una pseudoenfermedad en la que subyace un trastorno de tipo funcional. Naturalmente, los incentivos, las motivaciones, las interacciones y los sistemas sociolaborales tienen mucho que explicar a la hora de comprender la insatisfacción laboral, así como la naturaleza del trabajo.

El problema puede ser de gran importancia, como afirma Flórez (1994), ya que el 41% de sujetos adultos y de múltiples profesiones suelen tener problemas personales de adaptación y satisfacción en los trabajos desempeñados.

El absentismo esta en gran medida, en función del grado de satisfacción laboral (Gray-Toft y Anderson, 1985), siendo una de las posibles consecuencias de dicha insatisfacción laboral. El tipo de trabajo, el horario, el equipo social, el ambiente laboral, los incentivos económicos o el grado de participación son variables muy importantes a considerar en un análisis riguroso sobre la satisfacción laboral.

Freudenberger (1974) ha demostrado que el individuo cuyo empleo no es gratificante o que se encuentra con demasiada o muy poca presión (responsable laboral, anonimato, enorme productividad, etc.) desarrolla niveles elevados de hormonas que se relacionan con la tensión psíquica y con la aparición de buen número de enfermedades.

Evidentemente, la tensión psíquica laboral también se relaciona con amenazas a la salud y a la seguridad, con cargas exageradas de trabajo, turnos rotatorios extenuantes, supervisión inadecuada, baja categoría y salarios y oportunidades de promoción inadecuadas o injustas.

Asimismo, los empleos repetitivos, monótonos y que no requieren destreza, suelen tener la característica de poco gratificantes o estresantes.

Por el contrario, la satisfacción profesional se relaciona con la creatividad, variedad, éxito, prestigio, ingresos relativamente altos, otros beneficios, oportunidades de interacción y valoración social.

El resultado final de una situación insostenible en el trabajo puede ser el abandono del mismo de forma definitiva.

Parasuraman (1989) llevó a cabo un estudio con 307 enfermer@s y confirmó la hipótesis de que la intención de abandonar fue el determinante más inmediato del abandono real del puesto de trabajo. También las variables demográficas y organizacionales se relacionaban con el abandono del trabajo a través de sus efectos sobre el estrés sentido, la satisfacción laboral y el compromiso con la organización. La investigación confirma que la satisfacción laboral y el compromiso con la organización influyen directamente sobre la intención de abandonar en enfermería.

El "abandono" del puesto de trabajo se ha señalado como uno de los principales problemas en enfermería, dada la escasez de personal existente en todo Europa (Manicot, 1990; Chagnon, 1991; Poindron, 1991), tanto en términos de costes económicos (que supone la pérdida de profesionales cuya formación es costosa -Seymour 1995-) como en capacidad de atender a los pacientes y en la calidad de la atención al mismo (Cavanaugh, 1989).

Motowidlo y colaboradores (1986) han estudiado los efectos del estrés sobre el rendimiento en el trabajo en una muestra de 320 enfermer@s.

Presentaron un modelo que considera el estrés como una variable interviniente como causa antecedente y consecuencias conductuales.

Estudiaron los patrones de covariación entre estrés subjetivo y rendimiento laboral, y exploraron las relaciones entre las características del sujeto, las condiciones de trabajo, los acontecimientos laborales estresantes y los estados afectivos. La conclusión más relevante fue que las condiciones de trabajo eran el factor que más afectaba a la aparición del estrés en este grupo de enfermer@s, en el cual el rendimiento laboral se hallaba substancialmente afectado.

Los signos físicos de desgaste profesional ("burnout") inicialmente descritos por Freudenberg (1974) fueron: sensación de agotamiento, fatiga, jaquecas frecuentes, problemas gastrointestinales, insomnio y respiración entrecortada. Otros síntomas de desgaste profesional señalados por Seuntjens (1982) englobarían diversas áreas: conductuales (incremento del número de accidentes, trastornos del lenguaje), cognitiva (pérdida de memoria, deterioro de la capacidad de tomar decisiones) y organizacionales (absentismo, movilidad laboral, descenso de la productividad, menor implicación laboral, insatisfacción laboral, ...).

Como señala la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (FECUT, 1987), los problemas en el trabajo afectan al sujeto y se manifiestan mediante absentismos, huelgas, abandono del puesto de trabajo, movilidad del puesto o empleo a otro, en una jubilación anticipada, pero también en problemas de salud (accidentes, bajas por enfermedad).

La idea de que existe una relación evidente entre el tipo de trabajo que realizan los individuos y la posibilidad de disfrutar de una buena salud o de padecer una enfermedad parece generalmente aceptada entre los estudiosos del estrés ocupacional.

En el ámbito de la psicología de la salud una de las principales razones para estudiar el estrés ha consistido tradicionalmente en aislar el papel que juega en la aparición o mantenimiento de los mecanismos que llevan a enfermar (Leventhal y Tomarken, 1987). Así, son numerosas las investigaciones que han puesto de relieve la relación -sin que esta relación signifique causal- entre estrés ocupacional y enfermedad orgánica (ver, p.e., Kasl y Cooper, 1987).

El estrés laboral se ha implicado en toda una serie de variables tales como accidentes industriales, absentismo, movilidad de los trabajadores y descenso en la calidad y cantidad de la producción.

Algunos investigadores afirman que en EE.UU las industrias y organizaciones pierden anualmente 60 billones de dólares consecuencia directa o indirecta de las enfermedades físicas asociadas al estrés (Matteson e Ivancevich, 1987; Seymour, 1995). Por ello existe un número importante de industrias y organizaciones que promueven programas de detección y tratamiento del estrés entre sus empleados.

Los aspectos laborales implicados en los déficits de salud de los profesionales de enfermería en nuestro medio, son directamente: el estar insatisfecho con el trabajo, falta de apoyo de los superiores, el apoyo social insuficiente en general, escasez de recursos esenciales, no están claramente establecidas las obligaciones y competencias, trabajo físicamente agotador,

los turnos rotatorios y no trabajar en base a una planificación coherente. Todo ello es susceptible de enfoque ergonómico y transformación organizacional para evitar esos déficits de salud.

El ejercicio de la profesión es una labor compleja, que exige personal altamente cualificado, sobre quién recae una gran responsabilidad: la vida y salud de otras personas. Este trato diario con pacientes se ha mostrado, como ya hemos comentado anteriormente, como uno de los determinantes más destacados del "burnout".

3. DESGASTE PROFESIONAL O AGOTAMIENTO ("BURNOUT").

Con el paso del tiempo, las situaciones descritas anteriormente se van acumulando y dan lugar, a la larga, al agotamiento profesional o "burnout".

A continuación pasaremos a analizar lo que se conoce actualmente como el síndrome del estrés crónico laboral asistencial, que afecta principalmente a las profesiones que están frente al público.

El síndrome de estrés se puede definir como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas; estos interactúan de tal manera que producen ansiedad, cólera o depresión.

El ambiente suele esgrimirse como la causa fundamental del estrés que sufren l@s enfermer@s y que les conduce finalmente a esa sensación de "estar quemado".

El "síndrome de estar quemado" se define como "un estado que se caracteriza por una actitud de pasividad, de "pasotismo", de indiferencia y superficialidad o de falta de colaboración"; burnout es también como "un cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y eventualmente progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso" (Flórez , 1994; págs. 3 y 14).

Las características psicológicas del individuo son, en cierta medida determinantes en el síndrome de Burnout. Así, los individuos que tienen una conducta tipo "A" son más vulnerables a padecer trastornos relacionados con el síndrome de burnout.

En el hospital, al ser un potente agente estresante, es realmente muy importante desarrollar un estilo cognitivo o atribucional adecuado, propiciando o induciendo en la/el enfermer@ expectativas de autoeficacia y estilo de afrontamiento que permitan al individuo defenderse de las acciones amenazantes para su propio "yo".

La exposición crónica a los estresores que hemos revisado puede llevar a estos profesionales a sufrir un síndrome de "desgaste" (burnout), que puede tener como consecuencia un descenso del rendimiento (Mayou, 1987) o un deterioro de la calidad del trato ofrecido al paciente (Firth y colaboradores, 1986).

Dolan (1987) encontró que la insatisfacción laboral era un indicador fiable de "burnout", y Hare y colaboradores (1988) que los problemas en las relaciones interpersonales predecían con fiabilidad el desgaste.

Como comprobó Cavanaugh (1989), el abandono del puesto de trabajo, así como el resto de los principales problemas de enfermería, tanto en términos de costes económicos como en capacidad de atender a los pacientes y en la calidad de la atención a los mismos, procedían del desgaste psicológico.

El desgaste profesional (burnout) es un término inicialmente acuñado por Freudemberger y posteriormente conceptualizado y definido como un síndrome por Maslach y Jackson (1982). Para estos autores se trataría de un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización personal. El agotamiento emocional se refiere al vaciado de los recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás. Por despersonalización entienden el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja, que en este caso serían los pacientes.

El tercer aspecto del burnout es la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales y supone una autocalificación negativa.

Las principales causas del desgaste profesional o "burnout" pueden ser tanto laborales como extralaborales; pero el trato diario con los pacientes es uno de los elementos más destacados del síndrome de desgaste (Maslach, 1978).

El desgaste profesional ("burnout"), se ha conceptualizado además, como una respuesta al estrés. Los profesionales de la salud que padecen este síndrome pierden los sentimientos positivos hacia si mismos y hacia

sus pacientes, a quienes pueden dirigirse con una actitud deshumanizante y única (Seuntjens, 1982).

Otros hallazgos (Firth y colaboradores, 1986 y 1987) subrayan la importancia de factores de personalidad en la forma de responder al estrés laboral: en este terreno encontraron que la dimensión del desgaste profesional (burnout) caracterizada por la falta de entrega e implicación emocional en el trabajo es más probable que se de en personas que tienden a volcar su agresividad contra si mismos, que presentan conductas de resistencia al cambio, de huida ante los problemas y cuando hay que tomar decisiones.

Por otro lado, están más predispuestos a sentimientos y actitudes despersonalizadas en la atención al paciente aquellas personas que en situaciones de tensión tienden a volcar su agresividad sobre los demás y que tienden a ser más duros e insensibles con ellos. También encontraron que la ambigüedad de rol percibida por el personal presenta una sensación fuerte y significativa con las puntuaciones en depresión profesional y con conductas de evitación o huida, así como con diversas dimensiones del "burnout", como el agotamiento emocional, despersonalización y falta de sensación de éxito o logro en el trabajo.

Randall y Scott (1988) encontraron, trabajando sobre una muestra de 248 enfermeras, que el "desgaste profesional" se asociaba a llevar poco tiempo en el puesto de trabajo: los novatos están más expuestos que los veteranos. Mc Carthy (1985) arguye que esta relación puede explicarse por las diferentes expectativas laborales de estos dos grupos de edad.

Bartz y Maloney (1986) vieron la relación entre desgaste profesional y diversas variables demográficas en un grupo de 86 enfermer@s de U.C.I. Los resultados mostraron que algunas variables se relacionaron con algunas dimensiones del desgaste profesional: la edad se asoció negativamente, el personal de enfermería de género masculino presentó niveles más altos en intensidad del agotamiento emocional y despersonalización; el nivel educacional alto se asoció con mayor frecuencia e intensidad al agotamiento emocional; y los años de ejercicio profesional con agotamiento emocional y despersonalización. Los autores afirman que a más años ejerciendo la profesión de enfermería es menos probable la experiencia de "burnout". Los profesionales de enfermería de mayor edad, con menor nivel educativo y de sexo femenino están menos expuestos a las diversas dimensiones del desgaste profesional.

Los diferentes investigadores han expresado su convicción de que el síndrome se encuentra muy relacionado con el estrés personal subsiguiente a las condiciones laborales y características de los trabajos sanitarios.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el mayor riesgo se produce en enfermer@s, o profesionales que tienen contacto directo con los pacientes, mientras que los que no tienen un trato directo con el paciente, el riesgo es sensiblemente menor.

Carien pot-Mees (1987) nos muestra una unidad de transplante medular en la cual el incremento de la tecnología obliga a soportar unas difíciles relaciones emocionales con los pacientes y hace que la/el enfermer@ sea más vulnerable al estrés y permita también la aparición del "burnout".

Firth y colaboradores (1987) y Faura (1988) confirman que el colectivo de enfermería presenta un riesgo elevado de padecer ese desgaste profesional.

Faura y colaboradores (1995) llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia y distribución del síndrome de agotamiento emocional (burnout) en l@s enfermer@s de hospitalización y de atención primaria. Llegaron a sugerir que el burnout se comporta como un síndrome relacionado con el área de hospitalización más que de atención primaria; los valores de "burnout" fueron superiores en l@s enfermer@s de hospitalización.

Sánchez (1991) afirma que los elementos estresantes que influyen en este cuadro son producto del estrés personal y de las malas condiciones laborales.

En la perspectiva puramente laboral, l@s enfermer@s, en su conjunto, son más vulnerables, ya que no tienen expectativas ni salidas que les hagan atractivo el trabajo; por otra parte, la/el enfermer@ está en estrecho contacto con el enfermo, su trabajo es muy duro y está mal pagado. Es claramente uno de los tipos de trabajadores que además de tener riesgos físicos, biológicos, etc., también tiene riesgos de la motricidad, ya que deben trabajar en posiciones que no tienen nada de "ergonómicas".

Además se añaden otros aspectos negativos como los horarios y los turnos del trabajo. Por otra parte, la/el enfermer@ es también quién recibe la mayor parte de las protestas y manifestaciones de descontento de los pacientes y familiares por las deficiencias del sistema sanitario.

Como afirma Allue (1993) el síndrome de burnout también se halla conectado con ver morir a pacientes sin poder hacer nada para remediarlo.

Lauth considera que el síndrome de burnout podría moderarse substancialmente si se estimase debidamente la labor de los enfermeros. El salario es importante, pero probablemente, no sea el factor fundamental; lo decisivo es incrementar la satisfacción por la tarea realizada.

Riordan y colaboradores (1992) afirman que es necesario llevar a cabo algún tipo de prevención del burnout y dirigir los esfuerzos hacia una atención especial haciendo un balance de los estilos de vida que repercuten considerablemente.

En esta línea, en el apartado siguiente, proponemos un breve análisis de cómo el apoyo social puede ayudar al control de las múltiples fuentes de estrés que padece el personal de enfermería.

4. APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA .

Según los psicólogos del trabajo, en la investigación del estrés laboral, los estresores se producirían en el entorno objetivo y se definen como exigencias que surgen del trabajo. El grado de estrés global del entorno está, sin embargo, determinado por la cantidad y fuerza de los obstáculos (escasez de recursos, equipo, condiciones de trabajo) que uno encuentra al intentar satisfacer dichas exigencias.

Por lo tanto, podríamos decir que lo que determinaría el nivel global de estrés del entorno sería el equilibrio que existe entre exigencias, apoyos y obstáculos.

Este marco ayuda a comprender cómo los trabajos exigentes puedan no ser estresantes, dado que la persona puede reducir considerablemente los efectos de dichas exigencias en la medida en que tenga control sobre la situación (recursos y obstáculos).

Es importante anotar también que un entorno con pocos obstáculos y abundantes apoyos proporciona una gran sensación de control a la persona.

Para Lazarus y Folkman (1986) el entorno social es una fuente de estrés pero también de recursos vitales con los que el individuo puede sobrevivir y evolucionar.

Puesto que las personas obtienen apoyo a partir de sus relaciones sociales, metodológicamente es muy difícil obtener pruebas de la interacción entre apoyo social y estrés. Sin embargo, aunque algunos estudios no han sido capaces de demostrar la existencia de estas relaciones, quizás porque no todos han medido y conceptualizado las variables de apoyo social de idéntica manera, se acepta, en términos generales, que hallarse integrado en una estructura social es esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida.

Sin embargo, no debemos olvidar que no es lo mismo tener una relación que obtener apoyo de ella. Para Lazarus y Folkman (1986) "el apoyo

social percibido es la forma como el individuo evalúa las interacciones que ocurren en las relaciones sociales”.

Podemos, según Schaeffer (1982), considerar tres tipos de apoyo social:

- 1 - Emocional: sensación de que uno es amado o cuidado (vinculación, reafirmación, contar con, confiar en, ...).
- 2 - Tangible: préstamos, regalos, servicios, cuidados médicos, facilitar algo, ...
- 3- Informativo: proporcionar información, avisar de algo, hacer que el individuo conozca el resultado de algo.

La suposición básica es que en igualdad de condiciones, las personas tendrán una moral más elevada y un estado de salud más adecuado y funcionarán mejor si reciben o creen recibir apoyo social cuando lo necesitan. Vamos a considerar, como Lazarus y Folkman (1986) que el apoyo social es un recurso de afrontamiento disponible en el entorno.

Teniendo en cuenta dicha suposición básica cabe preguntarse cuáles son los mecanismos por los que actúa el apoyo social. Teóricamente los recursos sociales pueden influir tanto en la ocurrencia como en los efectos del estrés de diversas formas:

- 1- Disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de los sucesos estresantes (Lieberman, 1982).

- 2- Modificando la percepción de un determinado acontecimiento: puede hacer que la experiencia dañina o amenazante lo parezca menos (Lieberman, 1982; Lazarus y Folkman, 1986).
- 3- Alterando la relación entre situación estresora y sus efectos de tensión, efecto "amortiguador" (Lieberman, 1982; Lazarus y Folkman, 1986).
- 4- Proporcionando recursos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) o modificando dichos recursos de forma que resulten más eficaces (Lieberman, 1982).

Gran variedad de estudios empíricos han mostrado que buenos apoyos ayudan a las personas a superar muchos tipos de estrés. La falta de apoyos, pueden ser una fuente de estrés en si misma.

Norbeck (1985) seleccionó a 164 enfermeras de U.C.I, con una media de edad de 31 años y siete años de ejercicio profesional -de los cuales 4,7 años trabajando en el servicio U.C.I.- Las variables demográficas relacionadas con algunos de los constructos más importantes del estudio (estrés laboral, satisfacción laboral y síntomas psicológicos) fueron la edad y la experiencia profesional, que presentaron una relación positiva con apoyo emocional y relaciones negativas con insatisfacción laboral y síntomas psicológicos.

Etzion (1984) examinó el efecto moderador del apoyo social (A. S) en relación al estrés vital y el síndrome de desgaste profesional. Los resultados establecen la existencia de una relación positiva entre estrés laboral y

vital y burnout, así como una relación negativa entre apoyo social vital y laboral con desgaste profesional ("burnout").

Cronnin-Stubbs y Brophy (1985) trataron de ver las relaciones entre apoyo social, estrés ocupacional, vital y lugar de trabajo con el desgaste profesional en 286 enfermeras. Los autores aprecian que los estresores ocupacionales y personales se ven compensados por los apoyos sociales, que evitan los efectos de los estresores intensos y permiten también la prevención del desgaste profesional.

Por el contrario, Dingam y colaboradores (1986) no encontraron que el apoyo social en el trabajo tuviera algún efecto sobre los síntomas de desgaste profesional, una vez controlados los efectos de los estresores laborales. El apoyo social no resultó ser un predictor significativo de desgaste profesional. Sus resultados tampoco apoyaron la hipótesis amortiguadora. Sin embargo, si apoyaron el efecto indirecto aunque los estresores laborales estuviesen controlados. El apoyo social se relaciona negativamente con la ambigüedad de rol, y a su vez sería un predictor positivo de síntomas de desgaste profesional.

El propósito del estudio de Muhlenkamb y colaboradores (1986) fue identificar relaciones entre apoyo social percibido, autoestima y prácticas positivas de salud. Encontraron que los sujetos con alta autoestima percibían que el apoyo social era muy adecuado y además mantenían prácticas de salud más positivas. Esto sugiere que aquellas personas con mayor autoestima parecen más capaces de atraer a otras personas a su red de relaciones sociales. Parece, asimismo, que el apoyo social (A.S.) tiene un notable efecto sobre la autoestima.

Por lo tanto, sus resultados sugieren que el apoyo social no tiene un efecto directo sobre el estilo de vida sino que actuaría ejerciendo su efecto sobre la autoestima. Ésta si tendría un efecto directo considerable sobre el estilo de vida. Para estos autores, las mujeres, en líneas generales, se implican emocionalmente con más frecuencia en relaciones sociales que lo hacen los hombres y cuidan mejor de si mismas que ellos.

Otro estudio, llevado a cabo por Reig y Sancho (1987), llegó a la conclusión de que ni la edad, ni el estado civil son importante a la hora de valorar al personal de enfermería como recurso de apoyo social.

Diversos investigadores consideran el apoyo social como un contribuyente causal para el bienestar. Renedo y colaboradores (1989), en un estudio llevado a cabo en Murcia, llegaron a la conclusión de que las costumbres actuales evolucionan hacia el acercamiento de los papeles masculinos y femeninos, pero en la actualidad todavía existe una pobre imagen social de la enfermería (eminentemente femenina).

Rodero y Vives (1991) concluyeron que la enfermería está en conflicto, que en la práctica no tiene un papel independiente, y que su trabajo está en función del modelo bioquímico, imagen percibida por médicos y usuarios. Afirman que la enfermería presenta poco apoyo social y sí un cierto desprestigio social.

Appleby y Brewins (1992), llegaron a la conclusión de que el perfil de la/el enfermer@ reflejaba una imagen social baja.

Cañaveras y colaboradores (1993) afirman que muchos de los problemas de enfermería derivan de la ausencia de una clara delimitación de sus rasgos diferenciales con otras profesiones de la salud.

5. ESTRÉS Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

Según Locke (1990) "la satisfacción laboral es la percepción que tiene la persona de que el trabajo le permite cumplir la consecución de valores laborales importantes para ella que son congruentes con sus necesidades".

Es decir, un miembro de una organización tendrá una elevada satisfacción cuando perciba positivamente que su actividad profesional le aporta cuanto necesita.

Entre los factores relevantes para la satisfacción laboral se han citado (Peiró, 1990): el carácter intrínseco del trabajo (variedad, autonomía, uso de habilidades y aptitudes), la remuneración, la promoción, la seguridad en el empleo y las condiciones físicas en el trabajo.

Según Herzberg (1957), aquellos que motivan son los factores que permiten satisfacer determinadas necesidades, lo que finalmente se traducirá en satisfacción; por el contrario, un trabajo basado en factores de higiene sólo provocará insatisfacción si las condiciones son inadecuadas.

En 1982, la American Academy of Nursing identificó ciertos hospitales llamados magnéticos, porque tenían éxito en cuanto a atraer y mante-

ner a los profesionales de enfermería, eran buenos lugares para trabajar y los cuidados de enfermería eran de calidad; este tipo de hospitales se convirtieron en modélicos y han sido atentamente estudiados.

Un estudio a fondo, realizado en 1990 por la National Association for Health Care Recruitment, dirigida por Nursing/Springghouse Corporación, refleja los aspectos más importantes de este tipo de hospitales, que cuidan meticulosamente a los profesionales sanitarios con el fin de alcanzar los mejores niveles de satisfacción laboral. En este estudio se comprobó que la ratio enfermer@ paciente, era de 1,5 enfermer@s por cama ocupada. Asimismo, la estructura organizativa, la práctica profesional, el estilo de dirección, la calidad del liderazgo y el desarrollo profesional, eran algunos aspectos fundamentales en cuanto al funcionamiento de estos hospitales con registros elevados de buena satisfacción laboral y profesional.

La estructura organizativa parece ser un aspecto fundamental a la hora de conseguir el bienestar psicofísico del personal de enfermería. Por lo tanto, las plantillas, los salarios, los horarios de trabajo, los complementos, los servicios de apoyo, el entorno físico, y los métodos de incentiva-ción productiva y profesional, se sitúan como factores esenciales a la hora de conseguir un buen hospital. La imagen que tiene el hospital de l@s enfermer@s y la imagen que la/el enfermer@ tiene de la propia enferme-ría, también son elementos relevantes en cuanto a la satisfacción laboral.

Pérez Benito (1996) llevó a cabo un estudio con 230 enfermer@s de tres hospitales de Vizcaya (Cruces, Basurto, Galdacano) llegando a la conclusión de que la falta de organización o mala organización son motivos de gran insatisfacción en el personal de enfermería.

Así, por ejemplo, en los hospitales magnéticos, la imagen de enfermería más dominante es la de un profesional muy bien preparado.

En los hospitales magnéticos, la mayoría de l@s enfermer@s investigadas se ven como profesionales respetados y bien formados. Además, estos hospitales consideran a sus enfermer@s como profesionales expertos, de alta responsabilidad y con un elevado grado de interés y motivación profesional.

Los hospitales de baja aceptación, por el contrario, tienen una concepción simplemente burocrática de l@s enfermer@s, que únicamente reparan en sus horarios laborales, no les importa la formación y la atención humanitaria al paciente y no valoran adecuadamente la capacidad de interacción profesional y comunicativa.

Por lo tanto, parece ser que la "percepción" que la/el enfermer@ tiene de sí mism@, del hospital, de los médicos y de sus propi@s compañer@s, resulta esencial a la hora de conseguir una buena adaptación personal y profesional.

Por supuesto, que el estilo de gestión, es decir, el modo de dirigir la organización y el departamento de enfermería (estilo, clima medio, dirección participativa, visibilidad y accesibilidad de los directivos, etc.) se traduce también en un grado importante de satisfacción. Las oportunidades formales e informales de interacción y la calidad del líder en cuanto a inteligencia, cultura, sensibilidad, equilibrio y expectativas también constituyen elementos imprescindibles en la organización hospitalaria relacionada con la satisfacción profesional.

Además, el desarrollo profesional parece ser una constante demanda de cualquier profesional facilitando la flexibilidad y la incentivación adecuadas para poder asistir a congresos, seminarios, etc.

La organización hospitalaria debe permitir un comportamiento autónomo dentro de un sistema informal, radicalmente descentralizado con pocos niveles administrativos. El sistema hospitalario debe poder fomentar la autonomía de la enfermería como un profesional independiente, capaz de tomar decisiones competentes, dándole la plena libertad para actuar en lo que conoce. El hospital puede aumentar la satisfacción de l@s enfermer@s, apoyando y recompensando a estos profesionales sanitarios. Cuando el hospital se muestra como un transmisor activo e impulsor de valores, cuando se comporta como una gran familia, existen sentimientos de pertenencia, ya que el hospital cuida de sus enfermer@s.

En esta cultura hospitalaria tan positiva para l@s enfermer@s (lo es aún más para el paciente, puesto que este es el auténtico protagonista del sentido final del hospital), podemos apreciar la existencia continua de un feedback entre los diversos niveles jerárquicos y, en cualquier caso la plantilla de enfermería está reconocida y tiene área de especialización.

Lo anterior propicia una alta autoestima, no sólo porque l@s enfermer@s tienen una alta imagen y valoración de la enfermería, sino también porque los demás tienen un alto concepto de ellas.

"El modo en que otros nos ven y nos tratan es uno de los factores que contribuyen muy significativamente a nuestra autoestima", afirman l@s enfermer@s de los hospitales magnéticos. Se trata, en fin, de un entorno

de trabajo que fomenta tanto la satisfacción en el trabajo como una alta productividad.

Si tenemos en cuenta un modelo organizativo ideal para el futuro, que proteja a l@s enfermer@s del posible síndrome de burnout, no queda más remedio que establecer una cultura profesional que consiga superar la imposición de un horario laboral. Los hospitales que han conseguido establecer una cultura de excelencia y que poseen ambientes magnéticos no son exigentes al respecto (a la/el enfermer@ le pagan por desempeñar un trabajo, sin importar el tiempo que tarda en hacerlo).

La motivación interna (no externa), el compromiso y el control de calidad de los compañeros prevalecen en un ambiente profesional de este tipo. La promoción, basada en una actuación profesional y una evaluación recogida por los propios colegas, es fundamental para lograr ese grado de satisfacción y adecuación a la promoción profesional.

La eliminación de los eslabones burocráticos innecesarios y el establecimiento de comités y de juntas de gobierno dan más poder a la plantilla de enfermer@s.

El equipo profesional de enfermería puede autogestionarse muy bien. Basta con otorgar poder a las personas significativas, darles la responsabilidad, autoridad y libertad para actuar en lo que conocen. Posiblemente, todo lo que tienen que hacer los líderes es crear un entorno de apoyo y luego desaparecer.

La burocratización excesiva, además de constituir un aspecto social estresante y frustrante, disminuye la capacidad de imaginación y de crea-

tividad y, por lo tanto, indirectamente repercute en la baja productividad e insatisfacción laboral.

Cada vez es más evidente que la calidad de la atención al paciente mejora enormemente cuando l@s enfermer@s funcionan de forma autónoma.

Según Kramer y Schamalenberg (1987), la satisfacción laboral, la permanencia en el trabajo y la productividad van asociadas a la autonomía de los médicos y, especialmente, de l@s enfermer@s.

El líder, por otra parte, en esta cultura hospitalaria ideal debe crear un clima especialmente visionario en el que los valores principales de la organización no sólo brillen sino que también estén vivos. Tener visión e ideas y, además, ponerlas en práctica es fundamental y supone un trato estrecho con el profesional sanitario captando continuamente las necesidades, las quejas, los problemas y los conflictos, dándoles siempre la solución más oportuna y correcta.

El status de asalariado, los equipos de trabajo autogestionados, el poder, la desburocratización, el liderazgo con auténtica visión de esperanza y optimismo, van creando un concepto del papel de enfermería como profesional competente, con poder, orgullo y valía. Con esta visión de sí mismas, l@s enfermer@s se sienten felices y productivas en sus trabajos y tienden a permanecer en ellos.

Otro factor que contribuye a este autoconcepto positivo y elevado grado de autoestima es la especialización clínica. Trabajar con otr@s enfermer@s clínicamente competentes es el factor más importante en la

percepción de una plantilla adecuada, en la satisfacción en el trabajo y en la percepción de tener buena capacidad de ofrecer unos cuidados de buena calidad. El mayor reconocimiento y respeto por parte de los médicos también influye muy positivamente en la imagen de la/el enfermer@.

Conviene señalar que ninguno de los principios enumerados anteriormente crea por si solo un entorno magnético. La síntesis e integración de los factores señalados anteriormente resulta fundamental para conseguir ese entorno positivo que se relaciona con una buena satisfacción en el trabajo, es decir, una cultura de la excelencia, que se traduce finalmente en una asistencia y cuidados al paciente auténticamente humanitaria, en la que la dignidad de la persona esté realmente por encima de cualquier otra consideración. Con ello también obtenemos la satisfacción psicológica del paciente.

Este sistema hospitalario favorece la perfecta adaptación del personal sanitario y del paciente, previene acerca de los diversos trastornos psicopatológicos relacionados con la agresividad de los ambientes, disminuye el consumo de psicofármacos y la incidencia de alcoholismo y/o drogadicción en enfermer@s abatid@s por el síndrome de burnout.

Lo anteriormente expuesto, no cabe duda, es una situación ideal a la que tender pero que no refleja en absoluto, la realidad actual existente, tal y como reflejan los estudios comentados a continuación:

Hollingworth y colaboradores (1988) encontraron una clara asociación entre baja satisfacción laboral y estrés. También en el estudio de Power y Sharp (1988) se puso en evidencia que el estrés se relacionaba negativamente con la satisfacción laboral.

La satisfacción laboral también se asoció al nivel de estrés en el trabajo de Gray-Toft y Anderson (1985). La puntuación total en estrés se reveló como el determinante principal del nivel de satisfacción laboral en personal de enfermería. La satisfacción laboral se veía notablemente mermada cuando el personal experimenta niveles altos de conflicto de rol, ambigüedad de rol y estrés ocupacional.

Packard y Motowidlo (1987) no encontraron una relación directa entre estrés y satisfacción laboral pero hallaron que el estrés, actuando primariamente a través de la depresión, se asociaba a niveles bajos de satisfacción laboral.

Rosenthal y colaboradores (1989) tampoco encontraron relación entre estrés y la percepción de satisfacción laboral. En este estudio la satisfacción laboral se relacionó negativamente con nivel de formación y con experiencia profesional, pero no se relacionó con la edad.

En líneas generales, el personal de enfermería se muestra satisfecho con su trabajo (Hingley y Cooper, 1986; Blegen y Mueller, 1987). En una revisión de estudios sobre satisfacción laboral en personal de enfermería de Gran Bretaña y USA, Hale (1986) coincide en señalar que la impresión general es que l@s enfermer@s se encuentran razonablemente satisfech@s con su trabajo, aunque puedan estar descontent@s con aspectos particulares que difieren entre las personas, lugares y momentos.

L@s enfermer@s parecen más satisfechas con aspectos intrínsecos de su trabajo, siendo uno de los aspectos más satisfactorios la atención a los pacientes. Esto no quiere decir que aspectos extrínsecos como la remune-

ración y las relaciones con los superiores no sean importantes, sino que su importancia puede variar más de unos estudios a otros.

En enfermer@s psiquiátric@s, el contacto con los pacientes (propensos a conductas violentas y peligrosas y que cooperan menos con el tratamiento que otro tipo de personas) se ha señalado como una de las principales fuentes de frustración e insatisfacción (Jones, 1987).

Otras fuentes de frustración se refieren a factores administrativos y organizacionales: pérdida de prestigio de la especialidad, inadecuado entrenamiento o formación, falta de investigación, falta de claridad sobre los objetivos y metas generales, escasa comunicación, falta de participación en la toma de decisiones, acusaciones por malpraxis, falta de apoyo de los jefes y falta de autonomía.

Mc Laine y Hurrell (1988), en un estudio con 765 enfermer@s canadienses, encontraron que cuando aumenta la sensación de control sobre las tareas y el entorno físico laboral aumentaba también la satisfacción. El control parece incrementar la satisfacción laboral independientemente del nivel de demandas percibidas.

La autonomía del personal de enfermería parece estar estructuralmente limitada por el control y supervisión de los médicos. Shoham - Yakubovich y colaboradores (1989) vieron la oportunidad de probar la hipótesis de que cambios estructurales en el contexto laboral de l@s enfermer@s, que les permitiera ejercer autónomamente, les conduciría no sólo a sentimientos de mayor autonomía profesional sino también a una imagen de si mismas más favorable y a un incremento en la satisfacción laboral. A juicio de los autores, se sugiere que cuando se les da la oportuni-

dad para definir sus propios roles, y utilizar su experiencia, conocimientos y habilidades, l@s enfermer@s aceptan el reto y en consecuencia se muestran más satisfechas y mejora su opinión de sí mismas.

Reed (1988) encontró que alguna de las más importantes fuentes de insatisfacción era, junto con la remuneración, el trabajo rutinario, los compañeros malhablados, supervisor mal educado y sin tacto, que les abandona, no les apoya, que no está cerca cuando se le necesita y difícil de complacer.

Fain (1987), con una muestra de 130 enfermer@s, halló que tanto la ambigüedad como el conflicto de rol se asocian a baja satisfacción laboral. Por su parte, Harvey y Hannah (1986), en un estudio con 50 enfermer@s, se propusieron comprobar si había relación entre satisfacción laboral, rendimiento y turno de trabajo. El turno de noche se asoció a insatisfacción y a descenso del rendimiento. Aspectos relativos a problemas para dormir, se revelaron como los causantes de los decrementos en satisfacción laboral y rendimiento. Estos autores subrayan la importancia de tener en cuenta los ritmos circadianos de l@s enfermer@s antes de asignarles a un turno determinado, ya que puede repercutir en la atención al paciente.

Los datos de Coffey y colaboradores (1988) también indicaron que tanto el rendimiento profesional como el estrés asociado al trabajo se relacionaban al tipo de turno en que trabajaban las 463 enfermer@s del hospital que estudiaron. El rendimiento laboral global era superior entre l@s enfermer@s de turno de día, seguido del turno de noche y del rotatorio. L@s enfermer@s de turno rotatorio tenían niveles mayores de estrés. Parece que resulta más fácil adaptarse al turno fijo, siendo este ajuste menos ob-

vio en el caso del turno rotatorio, por lo que probablemente le correspondan mayores niveles de estrés (Hingley y Cooper, 1986).

Estudios con personal de enfermería han mostrado también que el trabajo por turnos se percibe como estresor (Hawkins, 1987), y que l@s enfermer@s que trabajan en turno rotatorio experimentan más estrés (Coffey y colaboradores, 1988).

A pesar de que algunos trabajos (Estryn-Behar, Fonchain, 1986; Martín y Schneider, 1987; Corlett y colaboradores, 1989) sugieren que el trabajo en turnos tiene un pequeño efecto sobre la salud de l@s enfermer@s, las repercusiones del sistema de trabajo por turnos sobre la vida familiar y social son importantes. El trabajo nocturno y de fines de semana tienen un efecto particularmente negativo sobre el bienestar social por lo que, a juicio de muchos investigadores, no puede decirse que el trabajo por turnos sea inofensivo.

Dolan (1987) estudió la relación entre satisfacción laboral y "burnout" en dos grupos de enfermer@s llegando a la conclusión de que la satisfacción laboral es un indicador fiable de "burnout " y comprobó una relación inversa entre ambos.

Hingley y Cooper (1986) vieron que una de cada seis enfermer@s no estaba satisfecha con su trabajo y alrededor del 16% pensaba con frecuencia en cambiar de ocupación. Además, encontraron que aquell@s enfermer@s que estaban considerando la posibilidad de cambiar de ocupación presentaban los niveles más altos de estrés.

Los resultados de Mc Grathy y colaboradores (1989) también corroboran la idea de que, en general, los profesionales de la enfermería encontraron satisfactorio su trabajo (el 77% de la muestra se colocó en las categorías satisfactorio y muy satisfactorio y el 4% se mostraron insatisfechos). Sin embargo, cuando se preguntaba por aspectos menos generales, centrándose en estresores específicos aparecía mayor insatisfacción. Un aspecto particularmente insatisfactorio fue la falta de autonomía en su trabajo: el 80% de los participantes se reconocieron incapaces de modificar las decisiones que les afectaban en alguna ocasión, y el 25% pensaba que esto sucedía prácticamente siempre; el 85% se manifestaron incapaces de cambiar las situaciones insatisfactorias que encontraban en su trabajo.

Otros investigadores se han interesado en estudiar las principales fuentes de satisfacción o insatisfacción en personal de enfermería. Así, Blegen y Mueller (1987) pusieron a prueba un modelo causal de satisfacción laboral con 370 enfermeras. Niveles altos de satisfacción laboral se asociaron con menor rutinización, mayor autonomía, mayor comunicación en el trabajo, mayor integración social, mayor justicia en las retribuciones, mayores oportunidades de promoción, carga moderada de trabajo y mayor afinidad de responsabilidades.

En cuanto a las características sociodemográficas personales y profesionales, la satisfacción laboral se asoció a mayor edad, turno de mañana, mayor categoría profesional y más años de experiencia en el trabajo. Dado que los niveles de satisfacción permanecieron estables en el retest, vieron que el mejor predictor de la satisfacción laboral en un momento dado era el nivel de satisfacción laboral que tenían tiempo atrás.

Estos autores presentaron el perfil del personal de enfermería más satisfecho: asignado a tareas menos rutinarias, percibir oportunidades de promoción, tienen más edad, trabajan en turno de día, tienen una carga de trabajo que consideran moderada, y creen que las recompensas administrativas se distribuyen con justicia.

Cohen-Mansfield (1989) estudió el personal de enfermería perteneciente a dos hospicios con el fin de averiguar que aspectos les gustaban o disgustaban de su trabajo. El personal de enfermería estudiado expresó sentimientos positivos muy fuertes hacia su trabajo. El autor llega a la conclusión de que el personal de enfermería se adapta a su trabajo centrando su atención en los aspectos positivos de su relación con los pacientes y atemperando sus reacciones frente a los aspectos desagradables de los mismos. Entre los principales aspectos positivos de su trabajo se encontraba poder ayudar a los pacientes y verles mejorar, y las relaciones con los compañeros de trabajo. Las principales fuentes de insatisfacción fueron la sobrecarga de trabajo y los problemas que surgen en las relaciones con los compañeros y supervisores.

Espejo y colaboradores (1990) llevaron a cabo una encuesta para ver el grado de satisfacción existente en los equipos de atención primaria. La muestra se componía de 70 profesionales (enfermer@s, médic@s y auxiliares) en turno de mañana y tarde. En este estudio destaca la no satisfacción según remuneración por parte de l@s enfermer@s y auxiliares de enfermería. L@s enfermer@s opinan que sus funciones no son acordes con su formación, que el grado de autonomía no es el adecuado y que su labor no es reconocida por el resto de los profesionales del equipo de atención primaria. Todos los estamentos coinciden en dos motivos de satisfacción: la profesión elegida y el horario de trabajo.

Zabala y Ruano (1991) trabajaron con una muestra de enfermer@s titulares del Hospital de Cantabria en Santander. En este estudio los investigadores tratan de constatar la percepción de los profesionales de enfermería, en relación a su formación y el plan de estudios seguido con respecto a su ejercicio profesional. Mediante la introducción de la variable "tiempo de ejercicio profesional" quiere comprobarse la evolución de dicha relación y el grado de satisfacción existente.

Un 22% de la muestra, esto es, aproximadamente uno de cada cuatro profesionales, señala que no volvería a iniciar sus estudios de enfermería. El 40,5% de la muestra opina que sus expectativas respecto al contenido de la profesión de enfermería, no solo no se han cumplido, sino que la realidad ha sido peor de lo esperado. Los resultados de este estudio apuntan, por un lado, que la práctica profesional produce más insatisfacción profesional en los hombres, y por otro, la existencia de insatisfacción respecto a las funciones de enfermería ya que predomina la asistencial sobre todas las demás (docencia, investigación, etc.).

Zabala y Ruano (1992), en un estudio posterior, pretendieron medir el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería del Hospital Cantabria, en Santander, mediante la confección de una batería que contenía los aspectos más relevantes relacionados con el trabajo habitual de los profesionales. Los resultados muestran que la satisfacción en los profesionales, en lo referente a las relaciones con los demás componentes del equipo, es alta. Sin embargo, la satisfacción generada por los sentimientos individuales respecto a aspectos profesionales tales como turnos, compatibilidad con la vida personal, reconocimiento, retribución y posibilidad de desarrollo personal, es baja. Respecto al prestigio profesional, adquisi-

ción de nuevos conocimientos, derechos laborales y oportunidad de promoción la satisfacción es muy baja.

Llopis y colaboradores (1993) realizaron un estudio consistente en la medición de la satisfacción laboral del personal de enfermería del Hospital Dr. Peset de Valencia. Para ello utilizaron la "escala de clima social en trabajo" de R.H. Moos con una muestra de 100 sujetos. De este trabajo parece desprenderse que a mayor edad más satisfacción en el trabajo. No existen diferencias significativas con respecto a la variable estado civil, ni tampoco respecto al tipo de contrato (titular, interino); de forma global, la satisfacción laboral es mayor en los hombres que en las mujeres.

En cuanto a la variable horario solo se perciben diferencias significativas en el colectivo que puntuó más alto en insatisfacción laboral (los individuos que tienen el turno rotatorio).

Sin particularizar en ninguna de las variables analizadas en el estudio, la enfermería presenta una satisfacción laboral media, en términos generales. Esto concuerda con los resultados de otras investigaciones llevadas a cabo en el mismo campo (Aranaz y colaboradores, 1988; Villar y Torio, 1990).

Vidal y colaboradores. (1993) llevaron a cabo un estudio con personal de enfermería de los centros de salud de Palma de Mallorca, mediante un cuestionario autocumplimentado. La muestra estaba compuesta por 81 enfermer@s de dichos centros. Se establecieron catorce factores de influencia en la satisfacción laboral. Estos fueron agrupados en cuatro grupos, según se refiere a aspectos de relación profesional, actividad (sobrecarga de trabajo, problemas con los turnos, exceso de burocracia),

recursos interpersonales y de relación con el usuario. De los resultados destacan:

- a) La existencia de insatisfacción en la mayoría de personal encuestado para, al menos, uno de los factores estudiados, siendo el más frecuente el de conflictos con el equipo de atención primaria (66,7%).
- b) Las relaciones interpersonales juegan un papel clave a la hora de determinar la satisfacción laboral y, junto con la comunicación entre el equipo, es uno de los elementos más valorados.
- c) La sobrecarga laboral causa mayor insatisfacción en los profesionales más antiguos.
- d) Dentro del grupo relacionado con la actividad se destacan los problemas con los turnos.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN .

En las páginas precedentes, y centrándonos en los profesionales de enfermería, con objeto de identificar qué debemos entender por estrés ocupacional y cuáles son los elementos o factores que lo desencadenan, aceleran, amortiguan, etc., así como sus consecuencias y su vinculación con la satisfacción laboral, hemos presentado los resultados de algunas de las investigaciones más relevantes sobre el tema.

El análisis y la reflexión sobre los resultados de estos estudios, unidos a los conocimientos y experiencias adquiridos a lo largo de nuestra vida profesional como enfermera, nos han llevado a plantear como objetivos básicos de nuestra investigación los siguientes:

- 1- Evaluar los niveles de estrés percibidos por los profesionales de enfermería.
- 2- Conocer los determinantes del estrés ocupacional: identificar las fuentes de estrés del personal de enfermería y analizar los estresores más importantes. Encontrar los predictores del nivel de estrés en el ejercicio de su profesión.
- 3- Averiguar la relación entre algunas variables sociodemográficas personales (edad, sexo, etc.) y profesionales (experiencia profesional, servicio en el que trabaja, etc.) con el nivel de estrés ocupacional.
- 4 - Establecer la relación entre los niveles de insatisfacción laboral y las variables sociodemográficas y otras variables relevantes del estudio.
- 5 - Determinar los predictores de insatisfacción laboral.
- 6.- Examinar el grado de relación existente entre estrés ocupacional y estrés diario negativo (hassles), así como entre estrés ocupacional y algunas de las variables de personalidad.

6.1. Hipótesis del Estudio

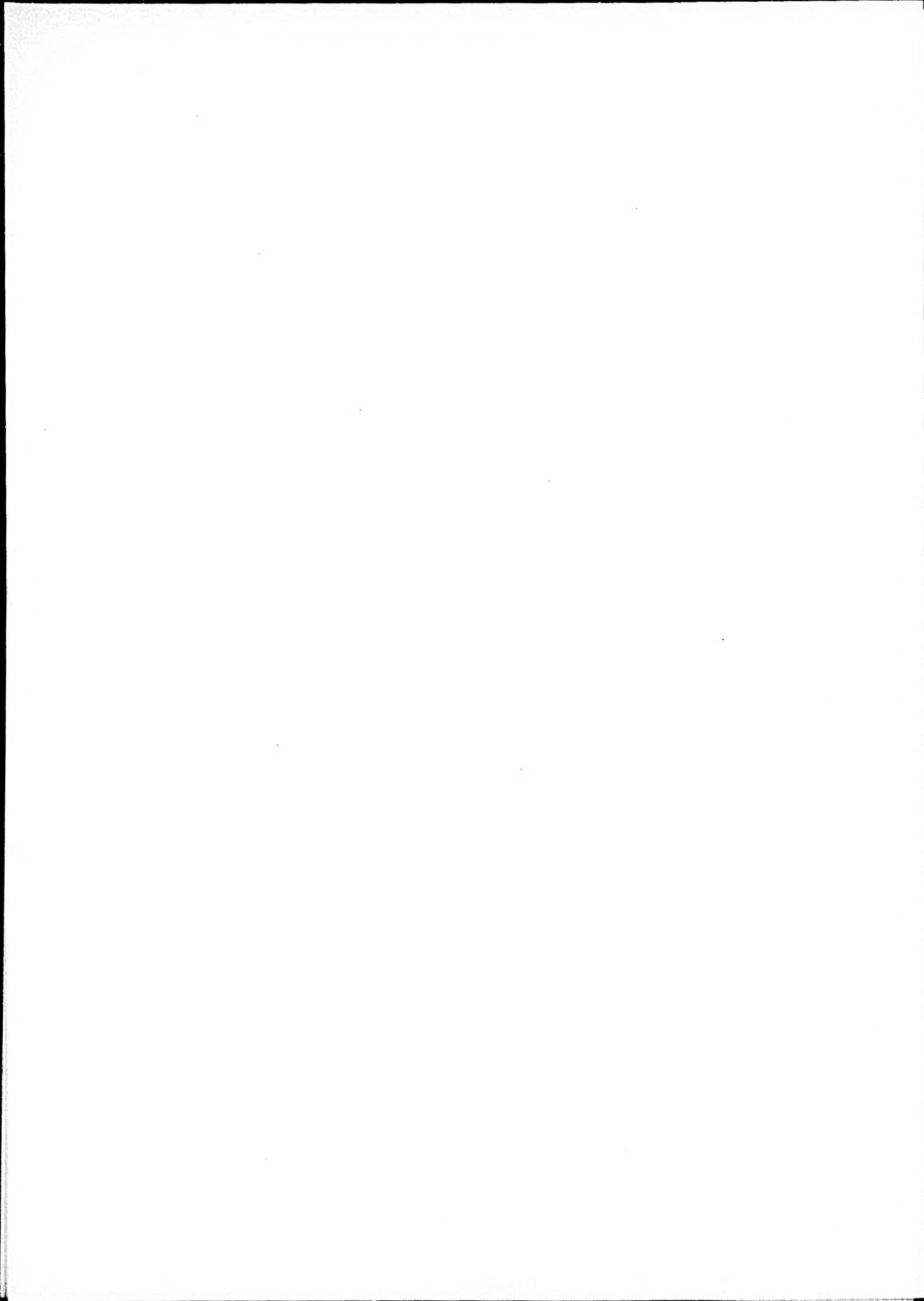
De acuerdo con los objetivos anteriormente trazados, las hipótesis de trabajo planteadas son:

- 1.- El "cansancio emocional" y la "despersonalización" contribuyen a elevar el nivel de estrés ocupacional (Peiró y Gil 1997).
- 2.- A mayor "realización personal", menor será el nivel de burnout y consecuentemente de estrés laboral asistencial (Peiró y Gil, 1997).
- 3.- El personal de enfermería sin especialidad muestra niveles más elevados de estrés ocupacional que el que posee especialidad (Collière, 1993).
- 4.- Los sujetos con pareja presentan niveles más bajo de estrés laboral frente a los sin pareja (Lin, Yager, Cope y Leake, 1985 y 1986).
- 5 - La edad se relaciona con el estrés ocupacional: a menor edad mayor nivel de estrés (Rosenthal et al, 1989; Ivancevich y Matteson, 1987; Leatt y Schneck, 1980).
- 6.- El número de horas de trabajo influye en el nivel de estrés laboral (Flórez, 1994).
- 7 - El número de hijos se relaciona con el estrés ocupacional: a mayor número de hijos mayor nivel de estrés (Hingley y Cooper, 1986).

- 8.- La experiencia profesional se asocia a control personal percibido: a mayor tiempo en el empleo mayor control personal percibido (Slavitt et al, 1978).
- 9.- Cuanto mayor es el tiempo dedicado a la profesión, menor es la indefensión (Cherniss, 1993).
- 10.- El trabajo en servicios estresantes aumenta el estrés ocupacional, siendo menores las expectativas de control personal percibido del sujeto (Thompson, Page y Cooper, 1993).
- 11.- El ser fijo en el trabajo trae consigo una mayor grado de satisfacción laboral (Flórez, 1994).
- 12.- Cuanto mayor es la "autoeficacia" mostrada por las personas, menor será su nivel de estrés ocupacional (Cherniss, 1993).
- 13.- A mayor "éxito", menor estrés ocupacional y diario (Harrison, 1983).
- 14.- Cuanto mayor sea el estrés ocupacional, menor será el grado de contingencia mostrado por el sujeto (Thompson, Page y Cooper, 1993).
- 15.- Cuanto mayor es la insatisfacción laboral presentada por un individuo, mayor es su creencia en la "suerte" (Thompson, Page y Cooper, 1993; Collière, 1993).

PARTE II:

ESTUDIO EMPÍRICO



1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de los estudios sobre estrés en el colectivo de enfermer@s se han centrado frecuentemente en el burnout, en el estrés diario o en la detección de las variables de personalidad que pueden influir en el estado de ansiedad de un sujeto; siendo muy pocos los trabajos que han intentado establecer las relaciones existentes entre el síndrome de estrés laboral asistencial y algunas de las variables de personalidad. Más concretamente, las pocas investigaciones sobre el tema, relacionadas con personal de enfermería, han intentado detectar las posibles interacciones entre burnout-locus de control y burnout-estrés diario; pero ninguna ha tratado conjuntamente las interacciones o relaciones entre burnout, variables de personalidad y estrés diario.

En esta segunda parte de nuestro trabajo pretendemos, entre otros objetivos, analizar cuáles son las relaciones existentes entre estrés ocupacional, estrés diario y las variables de personalidad que puedan influir en el estrés de l@s enfermer@s.

Además de una muestra de enfermer@s, y con objeto de que sirva como grupo control, hemos estudiado una muestra de secretari@s. Ambas muestras tienen en común que han sido obtenidas en sendos colectivos de profesionales que trabajan frente a un público (son profesiones consideradas de servicios humanos).

Con objeto de lograr la mayor claridad posible en nuestra exposición mostraremos el análisis y los resultados de cada colectivo por separado, aunque a menudo aparecerán referencias a ambos.

Para cada una de las muestras, y después de realizar su descripción, nuestro estudio se ha estructurado de la siguiente manera:

En primer lugar, se justifican y describen los instrumentos de medida utilizados en esta investigación, junto con una breve explicación teórica de los entresijos de cada test. Posteriormente, se explica en qué consistió el procedimiento de entrega y recogida de encuestas para ambos colectivos.

Seguidamente se hace un breve comentario de las pruebas estadísticas utilizadas en este estudio. A ambas muestras se les han aplicado técnicas estadísticas multivariantes, en concreto, análisis de componentes principales y análisis cluster, al objeto de clarificar cuáles son las relaciones que existen entre las diferentes variables utilizadas, tanto en el estudio del estrés ocupacional como del diario. Detectados los componentes o factores principales, para comprobar hasta qué punto ciertas variables sociodemográficas influyen en dichos factores, realizamos un análisis de varianza. Nuestra última prueba estadística consistió en chequear las relaciones de causalidad que, en nuestra opinión, pueden existir entre los diferentes factores que influyen en el estrés ocupacional.

El siguiente punto en nuestro estudio muestra los resultados hallados al aplicar las técnicas estadísticas mencionadas a los resultados obtenidos mediante los instrumentos de medida.

Debemos resaltar que dentro del apartado resultados, y debido a la importancia de la afirmación, dedicamos un subapartado a estudiar el colectivo de personas que eligieron para uno de los ítems del cuestionario sobre burnout (nos referimos al ítem 20 "me siento acabad@") la respuesta

seis (todos los días) o la cinco (pocas veces a la semana). Se trataba de averiguar qué características peculiares presentan estos sujetos, que de alguna manera se diferencian de los demás.

El último apartado recoge la discusión de los resultados hallados en esta segunda parte de la investigación.

2.- MUESTRA DE ENFERMERAS

2.1.- MÉTODO

Los métodos tradicionales de realización de estudios de opinión consisten, bien en el envío o entrega de un cuestionario, bien en la realización de entrevistas.

Como es sobradamente conocido, la utilización de cuestionarios (entregados en persona o enviados por correo) aporta, en líneas generales, la misma fiabilidad y validez que la realización de entrevistas. Sin embargo, mientras que los cuestionarios autoadministrados permiten a la persona trabajar cuando y como quiera, preservando la intimidad, y las respuestas se limitan a las preguntas formuladas, sin posibilidad de pedir o dar explicaciones emocionales ni aclarar el significado de las preguntas; la entrevista es nominal, permite las explicaciones emocionales, la aclaración de las preguntas confusas y exige concertar una cita con el entrevistado.

En nuestra investigación, y debido fundamentalmente a la imposibilidad de concertar entrevistas con todos y cada uno de los sujetos, hemos optado por la utilización de cuestionarios autocumplimentados

2. 1. 1. Sujetos

Durante el tiempo que duró la 1ª fase de esta parte de la investigación se llegaron a entregar, entre l@s trabajador@s de los 31 servicios del hospital de Cruces (Baracaldo-Vizcaya) que más directamente trabajan con pacientes, 500 cuestionarios, de los cuales se recibieron debidamente cumplimentados un total de 265, que suponen una tasa de respuesta del 53%.

A pesar de no haber podido entregar el cuestionario personalmente a cada DUE (Diplomad@ Universitari@ en Enfermería) - la dirección del hospital impuso la intervención de l@s supervisor@s responsables de cada servicio como nexo de unión entre el investigador y el colectivo de enfermer@s- consideramos que la tasa de respuesta es suficientemente representativa, incluso se sitúa por encima de las obtenidas en nuestro país en encuestas de similares características con profesionales de la salud.

La muestra del personal de enfermería la conforman, en datos definitivos, 265 personas: 216 (81,5%) mujeres y 49 (18,5%) varones.

Un total de 179 participantes (67,8% de quienes señalaron su edad) tiene menos de 40 años y 85 (32,2%) superan esta edad.

La edad media de l@s enfermer@s es de 38,25 años (d.t. 7,49). Más de la mitad de los profesionales participantes en el estudio (60%) están casados, frente a un 25,88% que están solteros.

La media de hijos es de 1,70 (d.t. 0,64), siendo el número mínimo de hijos uno y el máximo cuatro.

El 70% de los profesionales carecen de especialidad; el 71,92% tiene plaza fija y el 7,69% manifiesta tener realizados estudios superiores.

El tiempo medio en su actual trabajo es de 8,81 años (d.t. 6,40). Respecto al tiempo medio en la profesión éste se sitúa en 14,60 años (d.t. 6,95).

Por servicios o departamentos, los sujetos se distribuyen del siguiente modo:

- Accidentes laborales	01 enfermer@s
- Cardiología	09 enfermer@s
- Cardiovasculares	06 enfermer@s
- Cirugía infantil	02 enfermer@s
- Cirugía	16 enfermer@s
- Coronarias	05 enfermer@s
- Digestivo	11 enfermer@s
- Geriatria	01 enfermer@s
- Ginecología	01 enfermer@s
- Grandes quemados	04 enfermer@s
- Hospital de día	03 enfermer@s
- Infecciosos	10 enfermer@s
- Laboratorio bioquímica	09 enfermer@s
- Maternidad	12 enfermer@s

- Medicina interna	15 enfermer@s
- Medulares	06 enfermer@s
- Neonatal	06 enfermer@s
- Neurocirugía	03 enfermer@s
- Neurología	06 enfermer@s
- Oncología hematología	01 enfermer@s
- Oncología	08 enfermer@s
- Otorrinolaringología	05 enfermer@s
- Partos	16 enfermer@s
- Pediatría	03 enfermer@s
- Quirófano pediatría	01 enfermer@s
- Quirófanos urgencias	07 enfermer@s
- Rayos X	01 enfermer@s
- Reanimación general	26 enfermer@s
- Reanimación partos	01 enfermer@s
- Reanimación traumatológica	02 enfermer@s
- Rehabilitación	02 enfermer@s
- Torácicas	01 enfermer@s
- Traumatología	09 enfermer@s
- Urgencias generales	23 enfermer@s
- Urgencias pediatría	17 enfermer@s
- Urología	08 enfermer@s

En total tenemos 257 enfermer@s repartidas en los diferentes servicios. Del total de la muestra, 8 personas no anotaron el servicio al que pertenecían.

2. 1. 2. Instrumentos

Los instrumentos seleccionados con objeto de lograr los objetivos pretendidos en este estudio fueron: un cuestionario en el que se solicitaban datos de tipo sociodemográfico, el test MBI (Inventario de Burnout de Maslach) para medir el estrés ocupacional, el test BEEGC-20 (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control) para medir las variables de personalidad y el CED (Cuestionario de Estrés Diario) para obtener una medida del estrés diario. (Ver anexo I).

En nuestra opinión, el test del MBI es uno de los más utilizados y admitidos como instrumento de medida del estrés ocupacional. Es, probablemente, el que mayor literatura ha suscitado y el más replicado en todos los ámbitos profesionales. Esta realidad, junto con el convencimiento de que el mencionado test mide lo que pretende medir, nos ha motivado en su uso.

El BEEGC-20 es también un test muy estudiado a nivel teórico y experimental, que presenta gran variedad de variables de personalidad, que tanto influyen en el estrés.

Las características más relevantes de este test, que han motivado su elección, son: a) se basa en un enfoque teórico integrativo-multidimensional del control personal, b) evalúa conjuntamente algunos de los constructos más representativos de la literatura psicológica relacionada con el control personal, c) enfatiza las medidas generalizadas de la personalidad.

El CED, aunque no ha sido tan profusamente utilizado como los dos anteriores, y en nuestra opinión requiere ser revisado y puesto a punto,

nos ha parecido interesante incluirlo en el estudio porque engloba una gran variedad de situaciones diarias que pueden, en cierta medida, afectar al estrés ocupacional.

A continuación describimos, de forma breve, las bases teóricas y las características de cada uno de los tres últimos tests.

2.1.2.a. Inventario Burnout de Maslach (MBI)

El cuestionario MBI consta de veintidós ítems, y utiliza como instrumento de medición una escala de likert en la que el cero significa que el sujeto no se siente en absoluto identificado con la afirmación propuesta; mientras que el seis supone que la circunstancia expresada en la afirmación correspondiente le ocurre cada día (ver anexo I).

Los profesionales de instituciones de servicios sociales, sanitarios y educativos se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de las personas con las que se relacionan profesionalmente.

El profesional sanitario, que continuamente trabaja con personas en esa labor asistencial, va acumulando un estrés crónico que puede cansarle emocionalmente y, finalmente, llevarle a una situación de agotado o quemado.

El síndrome del quemado o síndrome del estrés crónico laboral asistencial conlleva los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. Cuando se dice que este

profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) se ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación.

Originalmente los elementos del MBI (Inventario "Burnout" de Maslach) se diseñaron para medir hipotéticos aspectos del síndrome del estrés crónico laboral asistencial; siendo la entrevista y los datos de cuestionarios la base en los primeros estudios exploratorios de las actitudes y los sentimientos que caracterizan a los profesionales quemados.

Los elementos del MBI están redactados en una forma directa para expresar unos sentimientos o actitudes personales, y su versión definitiva pasó por unas fases experimentales que duraron ocho años.

En un principio se usaron 47 elementos que eran contestados sobre dos continuos de medida: la frecuencia y la intensidad de los sentimientos (escalas tipo Likert de 0-6 y 0-7 puntos, respectivamente). En su diseño actual, como hemos comentado, el test consta de 22 ítems que son contestados sobre una escala de likert que va del 0 al 6.

La hipótesis subyacente en el test del MBI es que el estrés emocional provoca, a la larga, el desarrollo del síndrome del estrés crónico laboral asistencial.

2.1.2.b. Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control
(BEEGC-20)

El cuestionario BEEGC-20 (Palenzuela, 1990 y 1991a) contiene veinte ítems. Cada uno de ellos hace referencia a la forma de pensar o actuar, debido a las características de la personalidad de cada sujeto, ante situaciones vitales.

La forma de pensar o actuar se cuantifica a través de una escala tipo likert en la que el uno significa estar totalmente en desacuerdo con la afirmación que se propone, mientras que el nueve supone estar totalmente de acuerdo con la misma (ver anexo I).

El Beegc-20 intenta medir varios constructos de personalidad relacionados con el control personal que son : locus de control (LOC), autoeficacia percibida y expectativa de éxito.

Estos constructos o variables cognitivas de personalidad forman parte de reconocidas e influyentes teorías psicológicas que se caracterizan por enfatizar el constructo denominado "expectativa". Así, locus de control es una de las expectativas que desarrolló Rotter (1966) en su teoría del aprendizaje social (Rotter, 1954). Dentro de esta teoría ha sido el locus de control el tipo de expectativa que más influencia ha ejercido y que más ha trascendido 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. La expectativa de éxito también ha sido recogida por otras teorías, de tal forma que es la expectativa más estudiada y constituye, junto con el constructo "valor", las dos variables que dan nombre a lo que se conoce como teorías o modelos de la expectativa-

valor. La teoría de Rotter suele ser considerada como una de esas teorías de la expectativa-valor.

El concepto de indefensión fue desarrollado por Seligman (1975) y da nombre a su también conocida teoría de la indefensión aprendida, en la que la expectativa de no contingencia entre resultados y respuestas constituye la piedra angular de dicha teoría.

Por último, la autoeficacia percibida es un tipo de expectativa propuesto y desarrollado por Bandura (1977) para diferenciarla de lo que él llamó expectativas de resultados.

Aunque estos constructos psicológicos han surgido de teorías empíricas y de investigaciones de laboratorio, entre ellos ha existido una gran confusión conceptual. A pesar de todo, estos conceptos hacen referencia al constructo expectativa y forman parte también de lo que se conoce como psicología del control (Baltes y Baltes, 1986). Por tanto, uno puede referirse a todos ellos como expectativas de control.

Para superar esta confusión conceptual, Palenzuela (1988a, 1989, 1993) desarrolló un enfoque del control personal en un intento de ofrecer un primer esquema integrador que aglutinara las múltiples y aisladas perspectivas relacionadas con la psicología del control y que, al mismo tiempo, sirviera como guía en la investigación relacionada con este campo. Se distinguen tres parámetros o facetas generales del control personal: motivación de control, control percibido y control real. Dentro del control percibido se distinguen, a su vez, tres perspectivas que son: la perspectiva atribucional, la perspectiva de la experiencia de control y la perspectiva cen-

trada en el constructo expectativa. Ésta última es la que tiene que ver con las expectativas de control, que es lo que trata de medir esta batería.

Palenzuela (1992) construyó un test que contenía 28 ítems. Tras un refinamiento teórico y análisis de los resultados sicométricos de la versión BEEGC-28, pasó a denominarse BEEGC-20, dado que esta nueva versión sólo contiene veinte ítems.

2.1.2.c. Cuestionario de Estrés Diario (CED)

El cuestionario de estrés diario (CED) está compuesto por cuarenta y tres ítems (valoración positiva y negativa). Cada uno de éstos, a través de una escala de likert (del uno al cinco), trata de medir como de positivo y/o negativo fue, para el sujeto, un suceso concreto en los siete últimos días.

Debido a las características específicas de este test, debimos de entregar una hoja explicativa bastante detallada sobre la forma de cumplimentarlo (ver anexo I).

A finales de la década de los 70, los pocos investigadores que habían estudiado esta fuente de estrés se centraron típicamente en un estresor particular. Así, en el área social se habían estudiado los conflictos relacionados con los roles sexuales (Pearlin, 1975a) y desavenencias conyugales (Pearlin, 1975b), problemas entre niños y padres mayores (Levine y Scotch, 1970), el exceso o la falta de trabajo (Frankenhacuser y Gardell, 1976) y la ambigüedad de rol (Caplan y Jones, 1975; Kahn, Wolfe, Quinn y Snoek, 1964).

Por otro lado, en cuanto a los aspectos del entorno físico, se habían considerado factores como el ruido (Glass y Singer 1972), la contaminación (Evan, Jacobs y Frazer, 1980) y vivir en áreas con una marcada desorganización social (Janes y Kleinbaum, 1976). Sin embargo, raramente se habían realizado exámenes de un amplio espectro de estresantes diarios que pudieran caracterizar a las personas y sus situaciones vitales.

En este sentido, el trabajo de Kanner y colaboradores (1981) supuso un hito en la investigación de este constructo, y pasa por ser el trabajo pionero más significativo sobre el estrés diario.

Antes del artículo de Kanner y colaboradores (1981), este equipo de trabajo sólo había encontrado dos estudios que consideraban un espectro relativamente amplio de estresantes, uno de Cason (1930) y otro de Lewinsohn y Talkington (1979). El primero había referido datos descriptivos de molestias comunes pero no investigó los antecedentes o las consecuencias. Los segundos encontraron que la aversión subjetiva a los sucesos desagradables o repugnantes durante el mes previo, se relacionó moderadamente con depresión, pero no así la frecuencia de los sucesos. También, antes de ese trabajo, Richard Lazarus y sus colegas habían publicado una serie de ensayos teóricos proponiendo la inmensa significación adaptativa de las tensiones (hassles) y los placeres (uplifts) relativamente menores que caracterizan la vida diaria (Coyne, Kanner y Hulley, 1979; Lazarus, 1980; Lazarus y Cohen, 1977; Lazarus y colaboradores, 1980).

Los hassles pueden ser definidos como las exigencias irritantes, frustrantes y penosas que caracterizan en algún grado las transacciones de cada día entre la persona y el ambiente. Pueden ir desde molestias menores hasta presiones, problemas y dificultades mayores. Incluyen problemas

prácticos engorrosos tales como perder cosas, embotellamientos de tráfico, o incidentes fortuitos como mal tiempo, así como peleas, decepciones y problemas económicos, laborales y familiares.

Los uplifts, por otro lado, podrían ser considerados como la contrapartida de los hassles, a saber: las experiencias positivas tales como la alegría derivada de las manifestaciones de amor o el alivio al oír buenas noticias, el placer de un día de descanso, etc. La idea de que los uplifts pudieran servir como parachoques emocionales contra trastornos de estrés difiere de la posición original de Holmes y Rahe (1967) de que cualquier cambio, independientemente de su valencia, es potencialmente dañino para la salud.

El Cuestionario de Estrés Diario (CED) utilizado fue el rediseñado por Santed, Chorot y Sandín (1991) ante la necesidad de contar con un instrumento de medida de los sucesos diarios adaptado a la población española. Para su elaboración se basaron, fundamentalmente, en la estructura y concepción general de The Hassles and Uplifts Scale (Delongis y colaboradores, 1988), la cual, a su vez, es una versión revisada de la de Kanner y colaboradores (1981). También fueron incluidos algunos ítems del Daily Stress Inventory (DSI) de Brantley y colaboradores (1987), si bien, procuraron que el contenido manifiestamente negativo de los mismos quedase contemplado en el cuestionario en forma de ítems neutros (ni manifiestamente positivos ni negativos), en línea con el formato de la escala de Delongis y colaboradores (1988). Otros ítems fueron formulados originalmente por los propios autores según criterios racionales.

Este cuestionario de estrés diario (CED) podría asociarse a una especie de termómetro que trata de poner en evidencia qué afecta en determinada

medida al sujeto en su quehacer cotidiano. Pone un poco en la balanza las valoraciones negativas o "hassles" frente a las valoraciones positivas o "uplifts" para poder analizar hasta que punto interfieren o no en las vidas de los profesionales sanitarios; pues, no debemos olvidar que se trata de una escala situacional y no psicométrica.

En las instrucciones del CED se pide a los sujetos que, centrándose en los sucesos (ítems) que les han ocurrido en los últimos siete días establezcan una valoración positiva y negativa de los mismos (Uplifts y Hassles respectivamente), en función del efecto que el contenido al que se refieren haya ejercido sobre ellos. Al tratarse de ítems sin contenido manifiestamente positivo o negativo, cada uno de ellos es susceptible de ambas valoraciones. El suceso al que cada ítem alude, puede ser sólo positivo, sólo negativo o ambas cosas a la vez. En ese sentido, en las instrucciones se solicita que para cada uno de los sucesos ocurridos en el periodo de referencia el sujeto establezca una valoración tanto positiva como negativa, ya que ese suceso pudo ser tanto positivo como negativo en este periodo.

Para dicho propósito se dispone de dos escalas tipo likert (una para la valoración negativa y otra para la positiva) con rango de uno a cinco, donde:

Valoración Positiva

- 1 = nada positivo
- 2 = un poco positivo
- 3 = medianamente positivo
- 4 = bastante positivo
- 5 = muy positivo

Valoración Negativa

- 1 = nada negativo
- 2 = un poco negativo
- 3 = medianamente negativo
- 4 = bastante negativo
- 5 = muy negativo

Así, por ejemplo, el valor uno hace referencia a sucesos ocurridos sin valoración positiva o negativa (según el caso). De cualquier manera, si un suceso sólo ha sido negativo para la persona, al valorar la variante positiva debería marcar el número uno (igual a nada), y viceversa si sólo fue positivo.

Por tanto, el formato de respuesta atiende la consideración de que un suceso ocurrido pueda no tener un significado negativo (o positivo) para la persona. Además de ese aspecto, el formato neutro de los ítems, y el que no hagan referencia explícita a procesos cognitivos y emocionales, siguiendo como hemos dicho la estructura y concepción general de la escala de DeLongis y colaboradores (1985, 1988), trata de corregir algunas de las críticas vertidas sobre el formato de la escala anterior de Kanner y colaboradores (1981).

No obstante, a nuestro entender, puesto que en las instrucciones se mantiene la referencia al proceso de valoración, la respuesta del sujeto a los ítems dependerá en definitiva, y consecuentemente con los planteamientos transaccionales del grupo de Lazarus, de los procesos cognitivos del individuo.

En la bibliografía, distintos autores han utilizado para medir los hassles y uplifts intervalos de medida muy variados. En muy pocas ocasiones el estrés se ha medido diariamente. En este sentido es preciso aclarar que la denominación de diario no debe ser tomada al pie de la letra, sino que más bien se trata de uno de los varios calificativos que ha recibido la medida de aquellos eventos menores que se dan con relativa frecuencia en la vida cotidiana de las personas y que por lo tanto requieren una frecuencia de medida semejante, medida que no obstante ha oscilado de unos traba-

jos a otros. Por ejemplo, y por citar sólo algunos casos, en el trabajo pionero de Kanner y colaboradores (1981), el periodo al que los sujetos debían referir sus respuestas fue de un mes (éste es uno de los procedimientos más seguidos por la mayoría de autores). En el estudio de Delongis y colaboradores (1988), los sujetos debían contestar al final del día. En otras ocasiones los investigadores han hecho un esfuerzo mayor para conseguir mediciones diarias y seguidas, es el caso por ejemplo de Brantley y colaboradores (1987).

En nuestro caso, y debido fundamentalmente a la imposibilidad de contar con la colaboración continuada de los sujetos que componen nuestra muestra, la medición se refirió a los siete días precedentes a la fecha de la realización de la encuesta, pidiendo a los sujetos que hiciesen una valoración media de ese periodo para cada ítem. Con ello pretendimos medir como influía en el sujeto cada situación expuesta en el cuestionario, puesto que obviamente la mayoría de los eventos a los que se alude habrán sucedido en los siete días precedentes.

2. 1. 3. - Procedimiento

Nuestro primer paso consistió en entrar en contacto con las supervisoras de los diferentes servicios del Hospital de Cruces (Baracaldo - Vizcaya-), que fueron las encargadas de comentar al personal de enfermería la existencia de la encuesta; así como de entregar dicha encuesta, junto con una hoja explicativa de los motivos de la investigación. En dicha hoja se garantizaba el anonimato (para proteger la identidad de l@s encuestad@s con el fin de obtener una mayor sinceridad en las respuestas y lo-

grar una mayor tasa de participación) y la confidencialidad de las respuestas.

También se les ofreció la posibilidad de un informe detallado de los resultados a los participantes que estuviesen interesados en conocerlo.

Entre la entrega y recogida de los cuestionarios transcurrieron tres meses. El motivo de este plazo, aparentemente tan dilatado, fue debido fundamentalmente a dos razones:

- 1.- Por imperativo de la Dirección del Hospital, y con objeto de no distorsionar el buen funcionamiento del centro, el número de servicios visitados en cada entrega era del orden de cinco.

Además, también por imperativo de la Dirección del Hospital, una persona (el Supervisor de Docencia) debía acompañarnos en las visitas a cada servicio, por lo que hubimos de supeditar nuestros contactos a los días y horas que le permitían su agenda.

- 2.- El profesional de enfermería trabaja a turno rotatorio (mañana, tarde o noche). Este hecho motiva que el tiempo mínimo necesitado por cada supervisor/a, para estar en contacto con toda su plantilla, es de 15 días. Transcurrido dicho tiempo nos poníamos en contacto con los servicios correspondientes para recoger personalmente la encuesta.

Como hemos comentado, todos los profesionales integrantes de la muestra ejercían su actividad profesional en el hospital de Cruces (Baracaldo -Vizcaya-). ¿Por qué hemos elegido sólo este hospital? Hemos

considerado que era suficientemente representativo por diversas razones. Entre ellas cabe destacar:

- 1.- Dicho hospital lleva en funcionamiento desde hace 43 años (desde el 20 de julio de 1955).
- 2.- Al ser un hospital terciario (el único en la provincia de Vizcaya) se le dota anualmente de recursos tanto humanos como materiales importantes.
- 3.- El tercer motivo se halla en la macroestructura que presenta dicho centro y a la vez en la forma de gestión de dicho hospital, que creemos puede influir significativamente en el desarrollo del estrés ocupacional.
- 4.- Es, en gran número de ocasiones, el hospital de referencia, ya que presenta gran variedad de especialidades médicas de las que otros hospitales carecen. Esto ocurre, por ejemplo, con el servicio de grandes quemados (considerado el mejor de España), la unidad de neonatología, etc.
- 5.- El hospital de Cruces es pionero en gran cantidad de actividades. Entre ellas cabe destacar: hospital de día; hospitalización a domicilio, que se lleva realizando desde 1983; fertilización "in vitro"; etc.
- 6.- A todo ello cabe añadir la alta sofisticación y tecnología empleada en dicho centro hospitalario: transplantes renales y hepáticos desde 1995.

2. 1. 4.- Pruebas estadísticas

Con objeto de comprender mejor las relaciones entre las variables de los diferentes tests, así como las posibles correlaciones entre variables pertenecientes a tests distintos, realizamos con los datos obtenidos los siguientes análisis estadísticos:

- 1.- Cálculo de los valores medios y desviaciones típicas para cada una de las respuestas de los sujetos en cada una de las posibles alternativas de respuesta de los tests MBI, BEEGC-20 y CED.
- 2.- Un análisis convergente-divergente de los datos obtenidos para los tests MBI y BEEGC-20.
- 3.- Análisis de componentes principales sobre las matrices "individuos-variables" para cada uno de los tres tests.
- 4.- Análisis cluster de variables para los tests del MBI y del BEEGC-20.
- 5.- Correlaciones entre los diferentes factores detectados para cada uno de los correspondientes análisis de componentes principales.
- 6.- Análisis de varianza en el cual las variables independientes son las variables sociodemográficas, y las variables dependientes cada uno de los factores o componentes principales encontrados para los diferentes tests.
- 7.- Un análisis discriminante con el propósito de determinar los constructos del MBI, BEEGC-20 y CED que en mayor medida nos

permiten diferenciar los sujetos "satisfechos en su trabajo" de aquellos que se manifiestan "quemados en su trabajo".

- 8.- Análisis de ecuaciones estructurales con objeto de establecer las relaciones causales existentes, para nuestros colectivos, entre cada uno de los factores o componentes principales encontrados para los diferentes tests.

Para la realización del análisis de ecuaciones estructurales utilizamos el programa estadístico denominado Mac-LISREL 7.17. Para el resto de las pruebas el paquete estadístico usado fue el SPSS para Windows, versión 6.1.

2. 2.- RESULTADOS

Como ya hemos comentado, cada uno de los sujetos de nuestra muestra hubo de contestar, además de a un cuestionario de variables sociodemográficas, a otros tres tests diferentes: MBI, BEEGC-20 y CED.

Una vez recogidos los resultados en tres tablas de doble entrada, en las que se presenta, para cada una de ellas, la puntuación señalada por cada individuo para cada ítem, se procedió a su estudio mediante diversas técnicas estadísticas .

Presentamos a continuación los resultados de dicho estudio.

2. 2. 1. Resultados para el inventario "burnout" de Maslach (MBI)

La tabla nº 1 recoge la media y su correspondiente desviación típica para cada una de las respuestas a los 22 elementos (ítems) del test. La distribución de las respuestas de los sujetos en las siete alternativas (0 a 6) de respuesta pueden observarse en anexo II, tabla nº 1.

Del estudio de dichas tablas podemos extraer las siguientes consideraciones:

- a.- En primer lugar, en relación al ítem cinco ("Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales"), y a pesar de que el 33,33% de los sujetos piensan que nunca se les ocurriría tratar a los sujetos como objetos impersonales, de la observación de la media y la desviación típica no parece desprenderse que esta sea la opinión generalizada.

mbi 01	mbi 02	mbi 03	mbi 04	mbi 05	mbi 06	mbi 07	mbi 08	mbi 09	mbi 10	mbi 11	
3,011	3,904	2,732	4,379	1,900	3,096	4,086	2,868	3,905	2,174	2,674	Media
1,777	1,455	1,743	1,611	1,923	1,998	1,688	1,896	1,921	2,030	2,159	D. Tip.
mbi 12	mbi 13	mbi 14	mbi 15	mbi 16	mbi 17	mbi 18	mbi 19	mbi 20	mbi 21	mbi 22	
4,248	2,370	3,190	2,171	2,643	4,114	3,940	3,811	1,599	3,772	2,144	Media
1,757	1,951	1,911	2,134	1,945	1,722	1,754	1,791	2,019	1,891	2,084	D. Tip.

Tabla nº 1. Media y desviación típica para cada una de las respuestas a los 22 ítems del test MBI. Muestra de enfermer@s

- b.- Los ítems (MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten los pacientes"; MBI07 "trato muy eficazmente los problemas de los pacientes"; MBI12 "me siento muy activ@" y MBI17 "fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes"), que presentan una media en torno al 4,2 y una desviación típica de 1,70, tienen como factor común que el contenido de estos ítems es positivo y se encuadran dentro del factor que más tarde denominaremos "realización personal".

Cabe resaltar que estos ítems presentan una media superior al resto de los ítems del MBI. Esto nos permite afirmar que cierta parte del colectivo de enfermer@s se encuentra motivad@ para el trabajo, a gusto con lo que hace y piensa que es útil y activ@ en su profesión.

- c.- Existe otro grupo de ítems (MBI01 "me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo"; MBI02 "me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo"; MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo"; MBI09 "creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás"; MBI14 "creo que estoy trabajando demasiado"; MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión" y MBI21 "en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma") que presentan una media superior a tres (unas pocas veces al mes).

Esto parece indicar que en el colectivo de enfermer@s hay personas que, por un lado, experimentan cansancio emocional ante el quehacer profesional diario, y por otro, cierta realización personal.

El hecho de que un sujeto se sienta realizado personalmente no significa, necesariamente, que no presente cierto grado de cansancio emocional. Es decir, para que una persona llegue a sentir falta de realización personal el nivel de cansancio emocional tiene que alcanzar ciertos límites.

- d.- Las siguientes variables (MBI03 "me siento fatigad@ cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo"; MBI08 "me siento quemad@ por mi trabajo"; MBI13 "me siento frustrad@ en mi trabajo" y MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés") tienen medias en torno a 2,65 y desviaciones típicas en torno a 1,90. Como puede observarse, estos ítems presentan una media por debajo del valor medio de la escala de likert; es decir, en general el colectivo de enfermer@s no experimenta excesivo cansancio emocional. No parece que ese cansancio emocional (si existe) esté afectando al buen desarrollo profesional.
- e.- El último grupo de ítems que merece algún comentario (MBI10 "me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión"; MBI11 "me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente"; MBI15 "no me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos de mis pacientes" y MBI22 "creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas" presentan, excepto para el ítem MBI11, medias inferiores a las de los grupos anteriormente comentados (en torno al 2,41); mientras que sus desviaciones típicas son superiores (en torno a 2,05). Esto supone una importante dispersión en las respuestas, lo cual dificulta la interpretación de lo que en un primer momento pa-

recen sugerir los valores medios: las enfermer@s de nuestro estudio no presentan importantes grados de despersonalización.

Cabe reseñar que en cada uno de estos ítems el total de sujetos que ha contestado nunca (0 en la escala de likert) es superior a 58 (22% del total de las respuestas).

f.- Por otra parte, merece la pena mencionar, que el ítem MBI20 "me siento acabad@" ha sido seleccionado por el 47,08% de sujetos con una puntuación de cero (nunca). Este ítem, dentro del test, es el único que hace referencia a aspectos afectivos y emocionales, y que en cierta medida describe el síndrome de burnout.

El valor medio de las respuestas para este ítem es de 1,59 y su desviación típica de 2,01. Estos datos nos indican una gran dispersión de opiniones, pero si observamos la distribución de las respuestas podemos comprobar que el número de sujetos que muestra un valor por debajo de tres (valor medio en la escala de Likert) es más que el doble de quienes eligieron este valor u otro superior como respuesta.

Sin embargo, no debemos olvidarnos que veintidós personas han elegido el valor 6 (todos los días) y catorce han señalado el valor 5 (pocas veces a la semana). A pesar de ser una cifra relativamente poco significativa (14% de quienes respondieron a este ítem), dada la envergadura de la respuesta, en nuestra opinión creemos necesario dedicar un apartado específico al análisis de estos sujetos. Con objeto de que dicho análisis sea más completo

lo realizaremos después de concluir el estudio de los test MBI, BEEGC-20 y CED.

2. 2 . 1. a. Resultados del Análisis Convergente-Divergente

En las fases experimentales del MBI, las respuestas recogidas fueron sometidas a análisis factoriales de componentes principales de tipo ortogonal; se definieron diez dimensiones y los resultados permitieron seleccionar los veinticinco elementos que mejor contribuyen a las dimensiones obtenidas.

Finalmente, en su versión definitiva, se estableció una estructura tridimensional que ha sido replicada en numerosas ocasiones, y a partir de ella se han definido las escalas o variables del sujeto quemado. Éstas son:

A.- Cansancio emocional

Sus elementos (MBI01 "me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo", MBI02 "me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo", MBI03 "me siento fatigad@ cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo", MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo", MBI08 "me siento quemad@ por mi trabajo", MBI13 "me siento frustrad@ en mi trabajo", MBI14 "creo que estoy trabajando demasiado", MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés" y MBI20 " me siento acabad@") describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo; el ele-

mento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento (MBI01 "me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo").

B.- Despersonalización

Los elementos de esta escala (MBI05 "creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales", MBI10 "me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión", MBI11 "me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente", MBI15 "no me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos de mis pacientes" y MBI22 "creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas") describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional.

Tanto en ésta como en la escala anterior, los profesionales con puntuaciones altas presentan grados elevados de vivencia del síndrome del estrés crónico laboral asistencial. Como algunos de sus elementos presentan pequeñas saturaciones en la otra escala, se observan pequeñas correlaciones entre ambas dimensiones. Es decir, aunque son medidas separadas, están relacionadas y se presentan como aspectos del síndrome.

C.- Realización personal

Esta escala contiene elementos (MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten los pacientes", MBI07 "trato muy eficazmente los problemas de los pacientes", MBI09 "creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás", MBI12 "me siento muy activ@"),

MBI17 "fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes", MBI18 "me siento estimulad@ después de trabajar en contacto con mis pacientes", MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión" y MBI21 "en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma") que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las anteriores escalas, las puntuaciones bajas en ésta son indicativas del síndrome y sus elementos no tienen pesos negativos en aquéllas.

La realización personal puede ser considerada como lo opuesto al cansancio emocional y a la despersonalización. Sin embargo, se observan correlaciones bajas con las otras dos escalas.

En definitiva, el síndrome del estrés crónico laboral asistencial es un resultado acumulativo positivo del cansancio emocional y despersonalización y negativo de la realización personal.

Teniendo en cuenta lo anterior, el siguiente paso en nuestro trabajo, respecto al test del MBI, consistió en corroborar que, para nuestra muestra de enfermer@s, las agrupaciones encontradas en estudios precedentes se mantienen. Para ello realizamos un análisis convergente-divergente de los resultados.

En la tabla nº 2 aparecen las correlaciones de los ítems del MBI con la escala a la que pertenecen. Con el objeto de eliminar la autocorrelación se correlacionó cada ítem con la suma del resto de los ítems que componen la escala. Así mismo, en dicha tabla, también aparecen las correlaciones de cada ítem con las puntuaciones totales de otras escalas.

De la observación de los datos contenidos en la tabla nº 2 puede deducirse que:

	I	II	III
1	0,5310	0,3614	-0,2855
2	0,1540*	-0,1555*	0,1622*
3	0,4740	0,3161	-0,3353
6	0,2984	0,1391*	-0,1092*
8	0,4779	0,2160	-0,1625*
13	0,4242	0,3135	-0,2274
14	0,3340	0,0929*	-0,0746*
16	0,4106	0,2863	-0,1992
20	0,3342	0,5135	-0,3768
5	0,3880	0,4985	-0,4211
10	0,2762	0,5943	-0,3861
11	0,1923	0,4747	-0,2243
15	0,2874	0,4003	-0,3565
22	0,3821	0,4377	-0,2981
4	-0,1360	-0,3598	0,3624
7	-0,2182	-0,3764	0,4221
	-0,1128*	-0,1325*	0,3188
12	-0,2364	-0,2926	0,3117
17	-0,1466*	-0,2133	0,4290
18	-0,2366	-0,2668	0,4512
19	-0,2084	-0,2941	0,3726
21	-0,1426	-0,2383	0,3617

Tabla nº 2. Correlaciones de cada ítem con las tres subescalas del Inventario Burnout de Maslach. (*) indica que el coeficiente de correlación entre los valores de las correspondientes variables no es estadísticamente significativo. Muestra enfermer@s.

a) Cada uno de los ítems del MBI, excepto el MBI20 "me siento acabad@" y el MBI02 "me siento cansad@" al final de la jornada de trabajo", se agrupan en torno a la subescala propuesta por el ma-

nual del MBI. Esto es, la correlación entre los valores de cada ítem y los del sumatorio de los ítems que componen la escala a la cual "teóricamente" debe pertenecer es superior a la correlación que muestran los valores de cada ítem con los del sumatorio de los ítems que forman las agrupaciones a las que "teóricamente" no pertenecen.

- b) Según los resultados, el ítem MBI20 debe agruparse en torno a la subescala II (despersonalización).

Respecto del ítem MBI02, que según los resultados parece que debiera formar parte del factor III (realización personal), hemos de observar que la correlación de este ítem con cada uno de los factores no es estadísticamente significativa. Por consiguiente, no tenemos argumentos para asegurar que este ítem no forme parte del segundo factor (despersonalización).

- c) Los resultados obtenidos concuerdan perfectamente con la teoría. Esto es, existe correlación positiva entre los factores I (cansancio emocional) y II (despersonalización), y estos a su vez mantienen una correlación negativa con el factor III (realización personal).

En resumen, parece que las agrupaciones o escalas propuestas por los estudios precedentes, aun cuando se confirman de forma global, no se corroboran totalmente con nuestros datos. Por consiguiente, y con el fin de obtener los ítems que se agrupan en torno a cada una de las tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) decidimos realizar un análisis factorial de componentes principales.

2. 2. 1. b. Resultados del Análisis Factorial de Componentes Principales

Como sabemos, el primer paso en este tipo de análisis consiste en calcular la matriz de correlaciones entre todas las variables que entran en el análisis (en este caso 22), a partir de la matriz de datos originales.

Una vez que disponemos de esta matriz conviene examinarla para comprobar si sus características son adecuadas para realizar un análisis factorial. Uno de los requisitos que deben cumplirse para que dicho análisis tenga sentido es que las variables estén altamente intercorreladas. Para comprobar este extremo hemos calculado el Determinante de la Matriz de Correlaciones y el Índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). Asimismo, hemos sometido a la matriz al Test de Esfericidad de Bartlett¹.

Los resultados hallados son:

Determinante de la Matriz de Correlación	: 0,0050807
Índice KMO	: 0,80180 (meritorio)
Test de Esfericidad de Bartlett	: 1240,4611,
	Significación: 0,00000

A la vista de los datos anteriores, podemos considerar como adecuado la realización del citado análisis de componentes principales.

Tal y como puede observarse en el anexo II, tabla nº 2, el primer factor explica el 24,9% de la variabilidad total de la muestra, el segundo factor explica un 11% y el tercero un 8,9%. Por consiguiente, el porcentaje de va-

¹. Para más información sobre cada uno de los indicadores del grado de asociación entre las variables, puede consultarse, por ejemplo, Bisquerra, R. (1989).

riabilidad total explicada por el conjunto de los tres primeros componentes es de un 44,8%; porcentaje próximo al explicado por los tres primeros factores en otros estudios similares (Maslach, M. y S. E. Jackson, 1986).

Si observamos las comunalidades² podemos afirmar que la calidad de representación para las variables es discreta (la media se halla en torno al 0,4). Las variables peor representadas en el espacio factorial de los tres primeros factores son : Variable 12 "Me siento muy activ@" (0,25063), Variable 06 "Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo" (0,26495) y Variable 21 "En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma" (0,29664), lo que supone que su interpretación ha de ser muy cautelosa (ver tabla 2bis, anexo II).

En nuestra opinión, la representación de cada variable en el espacio factorial mejoraría si conservásemos más factores. En concreto, siguiendo uno de los criterios más utilizados (Kaiser, 1960) debemos conservar aquellos componentes principales cuyos valores propios son mayores que la unidad. Por consiguiente, debiéramos de conservar 6 factores. No obstante, hemos de tener en cuenta, por una parte, que con 6 factores la interpretación de los resultados se vuelve más compleja, y por otra, que todos los estudios pioneros en este tema han agrupado los ítems en torno a tres factores; además, el propósito de nuestro estudio a este respecto es confirmar si puede replicarse, para nuestra muestra, dicha estructura factorial.

² Recordemos que la comunalidad es la proporción de la variabilidad de una variable explicada por el conjunto de los K primeros factores.

Analizando los datos de la tabla nº 3 (proyecciones o saturaciones de cada una de las variables sobre la solución factorial rotada) podemos encontrar las siguientes agrupaciones entre las variables³.

- 1.- Las variables MBI10 "me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión", MBI20 "me siento acabad@", MBI05 "creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales", MBI11 "me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente", MBI15 "no me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos de mis pacientes" y MBI22 "creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas", presentan saturaciones altas y positivas para el primer factor y saturaciones prácticamente nulas (inferiores a 0,29) en el segundo y tercer factor.
- 2.- Las variables MBI08 "me siento quemad@ por mi trabajo", MBI14 "creo que estoy trabajando demasiado", MBI01 "me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo", MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés", MBI03 "me siento fatigad@ cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo", MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo", MBI02 "me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo" y MBI13 "me siento frustrad@ en mi trabajo" presentan saturaciones altas en el segundo factor, prácticamente nulas en el tercero (inferiores a 0,25) y bastante discretas en el primero.

³ Cada una de éstas será identificada con un código que es una combinación alfanumérica. Así, por ejemplo, la variable MBI12 significa: ítem doce del test MBI.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
MBI10	0,68108		
MBI20	0,66133		
MBI05	0,62875		
MBI04	-0,58584		
MBI11	0,56201		
MBI15	0,55382		
MBI22	0,51248	0,29148	
MBI07	-0,47509		0,39738
MBI12	-0,46998		
MBI08		0,63616	
MBI14		0,60588	
MBI01	0,35774	0,56160	
MBI16	0,28577	0,51842	
MBI03	0,35593	0,51109	
MBI06		0,51096	
MBI02	-0,38653	0,50979	
MBI13	0,28293	0,47604	
MBI09			0,68758
MBI18			0,66789
MBI17			0,64023
MBI21			0,51647
MBI19			0,48402

Tabla nº 3. Saturaciones de cada variable en cada uno de los tres factores (las saturaciones inferiores a 0,25 han sido eliminadas). Solución factorial rotada (rotación varimax). Muestra enfermer@s.

3.- Las variables MBI09 "creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás", MBI18 "me siento estimulad@ después de trabajar en contacto con mis pacientes", MBI17 "fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes", MBI21 "en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma" y MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión", muestran saturaciones altas en el tercer factor y menores a 0,25 en cada uno de los otros dos factores.

4.- Las variables MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten los pacientes" (-0,58584), MBI07 "trato muy eficazmente los problemas de los pacientes" (-0,47509) y MBI12 "me siento muy activ@" (-0,46998) presentan saturaciones negativas relativamente significativas para el primer factor y bastante discretas para los factores dos y tres (excepto MBI07, que presenta una saturación de 0,39738 en el tercer factor).

Considerando dichas agrupaciones y el significado de cada una de las variables, creemos que las subescalas "Despersonalización", "Cansancio emocional" y "Realización personal" se pueden identificar con las agrupaciones primera, segunda y tercera, respectivamente.

Los ítems de la primera agrupación (con saturación negativa en el primer factor): MBI04 "Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes"; MBI07 "Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes" y MBI12 "Me siento muy activ@", como hemos señalado, presentan una saturación prácticamente nula tanto en el segundo factor como en el tercero (excepto la variable MBI07), lo cual parece dificultar la relación de estas variables con el resto.

Sin embargo, estos tres ítems son positivos en cuanto al contenido. Puntúan bajo o nulo en realización personal, por lo tanto se puede deducir que son ítems que avalan la falta de burnout, y pueden quedar incluidos en la tercera agrupación.

2. 2. 1. c. Resultados del Análisis Cluster de Variables

El análisis de componentes principales nos ha permitido hacer ciertas agrupaciones de variables, que aunque parecen bastante fiables, nos gustaría confirmar. Por ello hemos procedido a realizar un análisis cluster de las veintidós variables consideradas en el estudio, por el método de jerarquización en forma aglomerativa, y empleando la distancia euclídea.

Los resultados de dicho análisis, expuestos en forma de dendograma (gráfico I), confirman, excepto para el ítem MBI02 "me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo", las asociaciones ya comentadas en el análisis anterior.

La variable MBI02, en el análisis de componentes principales, aparece asociada a las variables: MBI08 "me siento quemad@ por mi trabajo", MBI14 "creo que estoy trabajando demasiado", MBI01 "me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo", MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés", MBI03 "me siento fatigad@ cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo", MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo" y MBI13 "me siento frustrad@ en mi trabajo", que las hemos agrupado bajo la denominación "cansancio emocional".

Sin embargo, en el análisis cluster se agrupa, junto con las variables: MBI18 "me siento estimulad@ después de trabajar en contacto con mis pacientes", MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión", MBI07 "trato muy eficazmente los problemas de los pacientes", MBI17 "fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes", MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten los pacientes", MBI12 "me siento muy activ@", MBI21 "en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma" y MBI09 "creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás", en torno al factor que hemos denominado "realización personal".

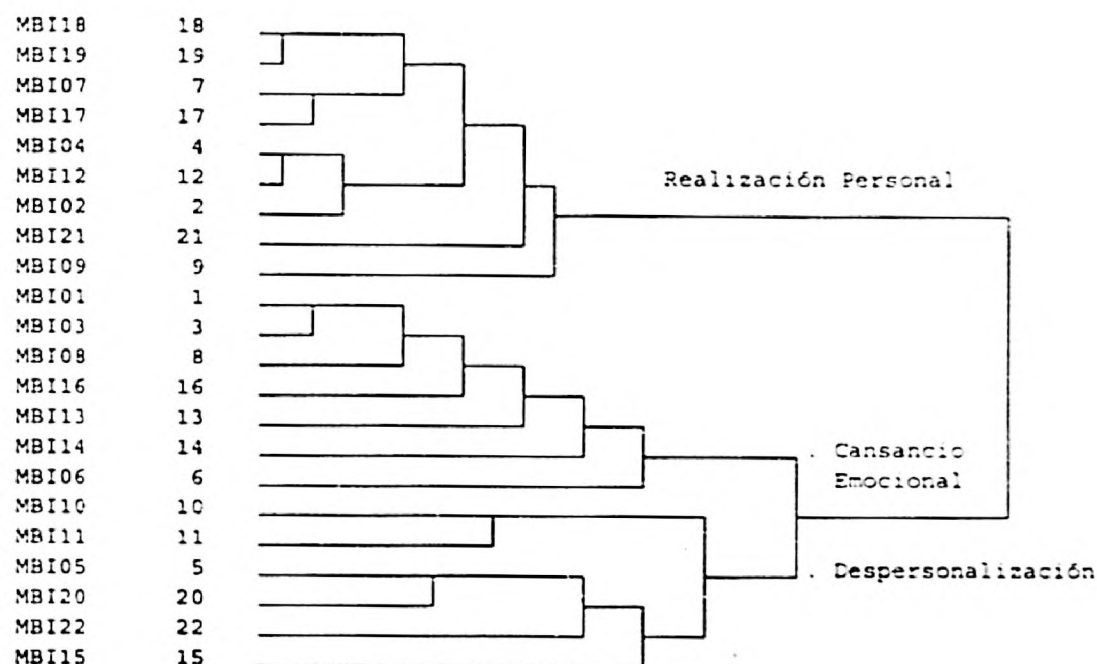


Gráfico I. Resultado análisis cluster para los ítems del MBI

Si observamos las saturaciones de la variable MBI02 para cada uno de los factores en la matriz factorial rotada, parece que esta variable no tiene mucho que ver con aquellas que conforman el factor denominado "realización personal", ya que:

- 1.- La MBI02 presenta una saturación alta en el segundo factor, negativa discreta en el primero y nula en el tercero.
- 2.- Las variables que conforman el tercer factor presentan saturaciones nulas en el segundo factor y altas en el tercero.

Además, el contenido del ítem MBI02 "me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo", junto a los resultados encontrados en estudios empíricos anteriores, nos permite reafirmarnos en la idea de que es un ítem perteneciente al factor "cansancio emocional"

El personal de enfermería acaba por desarrollar una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes trabajan (los pacientes). Es, en definitiva, una forma de defensa ante el sufrimiento de los demás tratando de que les afecte lo menos posible.

Los sujetos (enfermer@s) optan por conductas de huida o evitación. Este comportamiento nos lleva a que los ítems relacionados con esta conducta puntúen alto en despersonalización. Al no tener ningún logro en el trabajo, lógicamente estos ítems tienen en el tercer factor del MBI una puntuación nula o muy discreta.

A lo largo del día, en un centro hospitalario, el personal del enfermería tiene que enfrentarse a multitud de situaciones que llevan consigo

una gran carga emocional. Es un colectivo que está sometido a una gran sobrecarga de trabajo; existe un exceso de pacientes por cada enfermer@, y consecuentemente falta de tiempo para atender a cada sujeto en su quehacer cotidiano.

No se tiene en cuenta, en ningún momento, por parte del personal médico, etc., el sobreesfuerzo que supone atender bien todas las llamadas telefónicas, las paradas por los pasillos, el acoso, en definitiva, de todo tipo de personal. Al cabo de un tiempo, a parte de cansancio físico (motivado, por ejemplo, por los quince kilómetros que, por término medio, recorre un/a enfermer@ en un relevo de mañana), el personal experimenta un cansancio emocional que le impide satisfacer las exigencias impuestas por el centro sanitario.

La situación de realización personal es en sí misma positiva y en el personal de enfermería permite, además, hacer referencia a la ayuda que se brinda a los pacientes para que la estancia en el centro sea la adecuada. En personas que se encuentran a gusto con lo que hacen es una profesión que puede satisfacer grandemente al sujeto.

Las profesiones frente al público (como puede ser este colectivo), en situaciones ideales -sin tensión- pueden lograr una gran realización personal.

El ítem MBI20 "me siento acabad@", según nuestros resultados, se halla situado en el factor "despersonalización" mientras que según el manual se halla agrupado en la subescala "cansancio emocional". Este ítem, "gramaticalmente hablando", es el que mejor refleja el síndrome del quemado.

En cualquier caso, la ubicación de este ítem en la subescala "despersonalización" o "cansancio emocional" no debe preocuparnos en exceso. No debemos perder de vista que estas dos subescalas están muy interrelacionadas entre si y que explican gran parte del burnout. Sin embargo, este resultado podría estar indicándonos que nuestro colectivo de enfermer@s identifica, de alguna manera, el estar quemado con despersonalización.

Otra peculiaridad de nuestros resultados, respecto de las subescalas propuestas por el manual del MBI, es la importancia que presenta cada factor en la explicación del estrés ocupacional. Esto es, mientras que nuestros resultados muestran que "la despersonalización" explica un porcentaje mayor que el "cansancio emocional" de la varianza total de la muestra, estudios precedentes muestran lo contrario.

2. 2. 1. d. Correlaciones entre los factores del MBI

En la tabla nº 4 aparecen las correlaciones entre los factores del MBI, consistentes con los resultados del análisis factorial por el método de componentes principales. En ella puede observarse:

- 1.- Una correlación relativamente baja entre el factor II (cansancio emocional) y el factor I (despersonalización), consistente con el marco teórico del manual del MBI.

Estos dos factores, según la teoría, forman un compuesto y éste se relaciona de forma negativa con la realización personal (factor III). Esto es, tanto el cansancio emocional como la despersonalización.

zación son factores que influyen positivamente en el burnout. Sin embargo, dependiendo de la fase en la que se encuentre el individuo, puede darse con mayor intensidad, la despersonalización o el cansancio emocional; de ahí esa pequeña correlación entre ambos factores.

- 2.- Una correlación negativa (-0,5091) entre el factor III (realización personal) y el factor I (despersonalización) y una correlación relativamente baja y negativa (-0,1842) entre el factor III y el factor II (cansancio emocional). Este resultado también es consistente con la teoría y viene a confirmar que aquellos ítems que contribuyen positivamente a la realización personal influyen negativamente tanto en el cansancio emocional como en la despersonalización. Sin embargo, su efecto sobre ésta última es mayor que la ejercida sobre el cansancio emocional.

	Factor I	Factor II	Factor III
Factor I (DE)	1,0000	0,3299	-0,5091
Factor II (CE)		1,0000	-0,1842
Factor III (RP)			1,0000

Tabla nº 4. Correlaciones de los tres factores del MBI. Muestra de Enfermer@s.

En el gráfico II pueden observarse, en forma de esquema, las relaciones entre los tres factores del MBI.

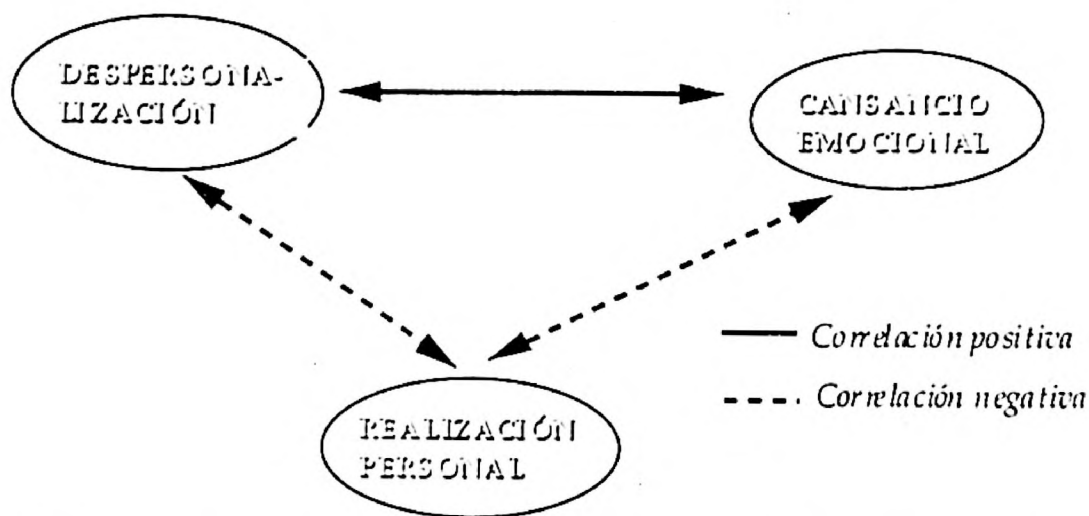


Gráfico II. Representación gráfica de las relaciones entre los tres factores del MBI.

2. 2. 2. Resultados para el Beegc-20

La tabla nº 5 muestra la media y la desviación típica de las respuestas de los 265 enfermeros de nuestro estudio en los ítems del test BEEGC-20. La distribución de las respuestas por ítems puede observarse en el anexo II, tabla nº 3

Del estudio de estas tablas se desprenden las siguientes consideraciones:

- a.- Existe un grupo de ítems (BEEGC02 "son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades", BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré", BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida", BEEGC13 "para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte", BEEGC14

"raramente me invaden sentimientos de inseguridad en situaciones difíciles", BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida", BEEGC16 "nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder" y BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas") con una media en torno a cinco y desviaciones típicas cercanas a 1,70.

En cuando al contenido de estos ítems, cuatro hacen referencia al locus de control, dos a la autoeficacia y dos al éxito.

En términos generales, se puede afirmar que el grupo de enfermer@s se siente capaz de hacer frente al quehacer cotidiano confiando plenamente en sus propias capacidades.

- b.- Nos encontramos con un grupo de ítems (BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga", BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo", BEEGC10 "me siento segur@ de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria", BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga", BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida" y BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida") cuyas medias giran en torno al 6,38 y sus desviaciones típicas en torno al 1,80.

El contenido de los ítems precedentes se engloba dentro de lo que se denomina Control Personal Percibido.

De todos estos datos podemos deducir que las enfermer@s confían en sí mism@s para lograr lo que pretender y además con autoeficacia hacia las metas propuestas.

Este bloque de ítems presenta las medias más altas del BEEGC-20, lo cual parece mostrar que nuestro colectivo está compuesto por sujetos que no esperan nada del exterior, se sienten muy tenaces y aptos para resolver las vicisitudes que puedan ir apareciendo.

c.- El ítem BEEGC03 ("no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido") presenta una media de 3,78 y una desviación típica de 2,25, lo cual no permite afirmar que la mayoría del colectivo tenga esa opinión. Pero, sin embargo, cabe resaltar que 74 sujetos (28%) afirma estar totalmente en desacuerdo.

beegc 01	beegc 02	beegc 03	beegc 04	beegc 05	beegc 06	beegc 07	beegc 08	beegc 09	beegc 10	
6,883	5,320	3,784	5,547	4,271	5,844	4,403	6,007	4,332	6,192	med.
1,831	1,532	2,258	1,634	1,850	1,789	1,951	1,760	1,849	1,863	d. tip.
beegc 11	beegc 12	beegc 13	beegc 14	beegc 15	beegc 16	beegc 17	beegc 18	beegc 19	beegc 20	
6,886	4,690	5,068	5,071	5,897	4,439	5,969	6,135	6,207	4,549	med.
1,942	2,026	1,854	1,781	1,810	1,981	1,759	1,739	1,682	1,809	d. tip.

La tabla nº 5. Media y desviación típica de las respuestas de l@s 265 enfermer@s de nuestro estudio en los ítems del BEEGC-20

d.- Los ítems BEEGC05 "lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte", BEEGC07 "de nada sirve el que yo sea o no competente, pues la mayoría de las cosas están amañadas", BEEGC09 "sin la suerte poco se puede conseguir en la vida", BEEGC12 "¿para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los enchufes" y BEEGC20 "creo mucho en la influencia de la suerte" presentan medias cercanas a 4 y desviaciones típicas de 1,90. Todos ellos hacen referencia al Locus de Control.

Como podemos observar, en casi todos los ítems el coeficiente de variación es relativamente bajo, lo que indica que no existe una dispersión de datos excesiva.

Lo anterior nos permite afirmar que, en términos generales, estos profesionales sanitarios no esperan mucho de la suerte sino que confían más en sus propias capacidades para lograr lo que quieren.

2. 2. 2. a. Resultados del Análisis Convergente-Divergente

Las variables del test BEEGC-20 pueden agruparse en torno a tres constructos: Locus de Control, Expectativas de Autoeficacia y Expectativas de Éxito.

En relación con la expectativa de locus de control, Palenzuela (1988b) ha diferenciado tres componentes: contingencia, indefensión y suerte. La contingencia trata de reflejar el locus de control interno. La indefensión intenta recoger la idea original que Seligman infundió a la expectativa de no contingencia así como algunas de las facetas expresadas en la defini-

ción de Rotter con respecto al locus de control externo. La suerte ha sido uno de los aspectos del control externo que más y mejor se ha evaluado en relación con el constructo de locus de control.

Cada una de estas dimensiones contiene cuatro ítems:

- Contingencia: BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga", BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida", BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga" y BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida".
- No contingencia: BEEGC03 "no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido", BEEGC07 "de nada sirve el que yo sea o no competente, pues la mayoría de las cosas están amañadas", BEEGC12 "¡para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los enchufes" y BEEGC16 "nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder".
- Suerte: BEEGC05 "lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte", BEEGC09 "sin la suerte poco se puede conseguir en la vida", BEEGC13 "para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte" y BEEGC20 "creo mucho en la influencia de la suerte".
- La cuarta dimensión mide la expectativa de autoeficacia (A), que es unidimensional y contiene cuatro ítems (BEEGC02 "son pocas las

ocasiones en las que dudo de mis capacidades", BEEGC10 "me siento segur@ de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria", BEEGC14 "raramente me invaden sentimientos de inseguridad en situaciones difíciles" y BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida").

- La quinta escala mide la expectativa de éxito (E). Es también unidimensional y contiene cuatro ítems (BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré", BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo", BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas" y BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida")

Todas ellas recogen, por lo tanto, diferentes tipos o facetas de las expectativas de control, tal como son concebidas por el enfoque del control personal (Palenzuela, 1988a, 1988b, 1989, 1993; Palenzuela y colaboradores, 1992).

Al igual que hicimos con el test MBI, una vez reordenados los datos convenientemente, con el propósito de comprobar si para nuestro colectivo las agrupaciones propuestas por la teoría del BEEGC-20 se mantenían, y siguiendo el mismo método para evitar la autocorrelación, procedimos en primer lugar a realizar un análisis convergente-divergente. Los resultados de dicho análisis pueden observarse en la tabla nº 6.

En dicha tabla puede verse que las variables BEEGC10 "me siento segur@ de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria" y BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los pro-

blemas de la vida", deben de colocarse en el quinto factor (éxito). Es decir, la correlación de los valores de estas variables con los valores del sumatorio de los ítems del factor éxito (según Palenzuela, 1992: BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré" + BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo" + BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas" + BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida") es mayor que la que presentan con las de su propio factor. Esto parece indicar que las variables BEEGC10 y BEEGC18 deben estar junto a las variables BEEGC04, BEEGC08, BEEGC17 y BEEGC19.

	I	II	III	IV	V
1	0,3797	-0,1926	-0,2592	0,3116	0,3719
6	0,5091	-0,3636	-0,3345	0,3632	0,4915
11	0,1587	0,0253*	-0,0220*	0,1700*	0,1130
15	0,4735	-0,4249	-0,2921	0,5575	0,6966
3	-0,4213	0,4172	0,3189	-0,4100	-0,5619
7	-0,1925	0,5601	0,3998	-0,1124	-0,2698
12	-0,2253	0,6830	0,6264	-0,1813	-0,3509
16	-0,1845	0,5537	0,4291	-0,0170	-0,2117
5	-0,3827	0,4529	0,5732	-0,2991	-0,4018
9	-0,2682	0,5191	0,6336	-0,1112*	-0,2661
13	-0,1081	0,4123	0,5660	-0,1172*	-0,1700*
20	-0,2764	0,4796	0,7180	-0,1709*	-0,2883
2	0,2673	-0,1017*	-0,1041*	0,4617	0,3543
10	0,5133	-0,1914	-0,1773	0,4688	0,5892
14	0,1238*	-0,0541*	-0,0775*	0,2548	0,2914
18	0,5371	-0,3379	-0,2441	0,5122	0,7357
4	0,4382	-0,3343	-0,2610	-0,6009	0,6377
8	0,5813	-0,3887	-0,2730	0,5698	0,6817
17	0,4938	-0,4720	-0,3444	0,6032	0,7554
19	0,5410	-0,3070	-0,2830	0,6128	0,6980

Tabla nº 6. Correlaciones de cada uno de los ítems con los cinco factores o escalas del BEEGC-20. (*) indica que el coeficiente de correlación entre los valores de las correspondientes variables no es estadísticamente significativo. Muestra enfermer@s.

Exactamente lo mismo que para las variables BEEGC10 y BEEGC18 ocurre para la variable BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida", que parece debiera asociarse al factor cinco (éxito).

Las variables BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga" y BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida" pesan tanto en el factor uno (contingencia) como en el factor cinco (éxito), lo que no ayuda nada a esclarecer su convergencia o divergencia respecto de otro grupo.

La variable BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga" presenta una correlación muy baja con las variables del factor uno (contingencia). Su correlación con las variables del factor cuatro (autoeficacia) es un poco mayor, pero ésta no es estadísticamente significativa.

La variable BEEGC14 "raramente me invaden sentimientos de inseguridad en situaciones difíciles" también parece estar mal situada en el factor cuarto propuesto por la teoría del BEEGC-20. Su correlación (la de la variable BEEGC14) es muy similar en los factores cuatro (autoeficacia) y cinco (éxito).

2. 2. 2. b. Resultados del Análisis Factorial de Componentes Principales

Todo lo anterior parece apuntar a que nuestro colectivo, o no ha comprendido bien la formulación de ciertos ítems, o que presenta ciertas

características peculiares que hacen que algunos ítems puedan no ser agrupados en las subescalas propuestas por el marco teórico.

Para comprobar este hecho procedimos a realizar un análisis de componentes principales. Dicho análisis, además de observar las relaciones entre las diferentes variables, nos permitiría encontrar el significado y la importancia de las discrepancias a las que parecen apuntar los resultados precedentes.

Como ya hemos comentado anteriormente, una vez construida la matriz original de datos debemos examinarla para comprobar si sus características son adecuadas para realizar un análisis factorial.

Los resultados de dicho examen son:

Determinante de la Matriz de Correlación	: 0,0000614
Índice KMO	: 0,88560 (meritorio)
Test de Esfericidad de Bartlett	: 2448,5707
	Significación: 0,00000

A la vista de los datos anteriores, podemos considerar como adecuado la realización del citado análisis de componentes principales.

Tal y como puede observarse en el anexo II, tabla nº 4, si seguimos el criterio de Kaiser (1960), para interpretar correctamente las relaciones entre las variables sería suficiente con conservar aquellos factores que posean un valor propio mayor a la unidad. Por consiguiente debemos mantener, tal y como propone Palenzuela (1992), únicamente los cinco prime-

ros factores. Éstos explican, en conjunto, el 66% de la variabilidad total de la muestra.

La información relativa al conjunto de los cinco componentes (factores) conservados, a partir de los veinte inicialmente extraídos está contenida en la tabla n° 5 del anexo II. Si observamos las comunales podemos afirmar que la calidad de representación para las variables es suficientemente buena, excepto para la variable BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga". Su comunalidad es 0,41386, o lo que es lo mismo, aproximadamente el 59% de la variabilidad de esta variable no es explicada por los cinco primeros factores.

Analizando los datos de la tabla n° 7 (proyecciones o saturaciones de cada una de las variables sobre la solución factorial rotada) podemos encontrar las siguientes agrupaciones entre las variables:

- 1.- Los ítems BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida", BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida", BEEGC15 "si ludo y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida", BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas", BEEGC10 "me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria", BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo", BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida" y BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré" presentan saturación alta y positiva en el primer factor.

Excepto la variable BEEGC04, que presenta una saturación de 0,48449 en el cuarto factor, todas las demás presentan saturaciones prácticamente nulas o muy discretas en el resto de los factores.

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Beegc18	0,83006				
Beegc19	0,80846				
Beegc15	0,79774				
Beegc17	0,76421		-0,21976	0,21482	
Beegc10	0,75490				
Beegc08	0,73771			0,20953	
Beegc03	-0,65066		0,39630		
Beegc06	0,61552	-0,22537			0,22538
Beegc04	0,59032			0,48449	
Beegc01	0,44329	-0,33522			0,27887
Beegc20		0,81665	0,20590		
Beegc13		0,76067		-0,21718	0,22085
Beegc09		0,73639	0,28816		
Beegc05	-0,36723	0,65549			-0,20452
Beegc16		0,25787	0,80732		
Beegc07		0,23617	0,74931		
Beegc12	-0,25727	0,51554	0,60714		0,26363
Beegc14				0,84462	
Beegc02	0,24513			0,67612	0,21573
Beegc11					0,90408

Tabla nº 7. Saturaciones de cada variable sobre los cinco primeros factores del test BEEGC-20 (las saturaciones inferiores a 0,25 han sido eliminadas). Solución rotada (rotación varimax). Muestra Enfermer@s.

La variable BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga", que como hemos comentado está mal representada en el espacio factorial formado por los cinco primeros factores, presenta una carga factorial de 0,44329 en el primer factor, -0,33522 en el segundo y 0,27887 en el quinto. Sin embargo, y debido a que la saturación más alta se presenta en el primer factor, interpretaremos que el mayor grado de afinidad de este ítem es con las variables que se agrupan entorno al factor uno.

Como hemos señalado anteriormente, según Palenzuela (1992) los ítems pertenecientes al primer factor, que él denomina "contingencia", son el BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga", BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida", BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga" y BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida".

Sin embargo, a pesar de que los ítems BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida" y BEEGC10 "me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria" (pertenecientes a la subescala denominada por Palenzuela autoeficacia) y los ítems BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré", BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo", BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas" y BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida" (pertenecientes a la subescala de-

nominada por Palenzuela éxito) no se agrupan, en un sentido estricto, en torno a las mismas subescalas descritas por Palenzuela, vienen a corroborar la idea de alcance de la meta y confianza en sus posibilidades de éxito en el futuro. También avalan el sentimiento de que la gente piensa en positivo como una forma de proteger su persona.

En definitiva, de acuerdo con la teoría, este primer factor puede denominarse "Control Personal Percibido".

El ítem BEEGC03 "no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo: todo está corrompido" presenta una saturación de -0,65066 en el primer factor y de 0,39630 en el tercer factor. Este hecho no es en absoluto contradictorio con la teoría. La relación negativa con el primer factor indica una falta de control personal percibido, mientras que su correlación positiva con el tercer factor viene a indicarnos, tal y como veremos posteriormente, una no contingencia.

- 2.- Los ítems BEEGC05 "lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte", BEEGC09 "sin la suerte poco se puede conseguir en la vida", BEEGC13 "para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte" y BEEGC20⁴ "creo mucho en la influencia de la suerte" presentan saturaciones altas en el segundo factor y muy bajas en el resto, a excepción de la variable BEEGC05 que presenta además una saturación discreta y negativa en el primer factor (control personal percibido). Esto significa que

⁴ Nótese la diferencia entre BEEGC-20 y BEEGC20; BEEGC-20 hace referencia al test en cuestión, mientras que BEEGC20 significa el ítem 20 de dicho test.

estas cuatro variables contribuyen de forma significativa a la formación del factor dos, aunque la variable BEEGC05 contribuye también, de manera bastante discreta, a la formación del factor uno.

En la psicología del control, estos cuatro ítems pertenecen al tercer factor (suerte). Por consiguiente se corrobora la teoría de las expectativas de control y creemos no equivocarnos cuando denominamos a este factor "suerte".

- 3.- Los ítems BEEGC03 "no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido", BEEGC07 "de nada sirve el que yo sea o no competente, pues la mayoría de las cosas están amañadas", BEEGC12 "¡para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los enchufes" y BEEGC16 "nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder" son los que en mayor medida contribuyen a la formación del tercer factor.

Todos estos ítems reflejan la falta de contingencia, indefensión para los logros de sus metas. Hacen referencia al locus de control, lo cual corrobora la teoría de la psicología del control y nos ha llevado a denominar a este factor "indefensión/no contingencia".

- 4.- Los ítems BEEGC02 "son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades" y BEEGC14 "raramente me invaden sentimientos de inseguridad en situaciones difíciles" forman una agrupa-

ción caracterizada por presentar saturaciones altas en el cuarto factor y menores de 0,25 en cada uno de los otros cuatro factores.

Ambos ítems hacen referencia a situaciones ante las cuales el individuo debe mostrar, en cierta medida, su capacidad para resolver tareas, situaciones, etc., que se le presenten cotidianamente.

En la teoría estos ítems, junto con los ítems BEEGC10 "me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria" y BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida" pertenecen al factor cuatro (denominado autoeficacia). En nuestro estudio, como hemos visto, los ítems BEEGC10 y BEEGC18 aparecen en el primer factor (control personal percibido).

En nuestra opinión, este resultado no es contradictorio con la teoría. El hecho de que los ítems BEEGC02 y BEEGC14 aparezcan separados del constructo "control personal percibido" puede deberse a que dichos ítems están formulados en términos negativos (los otros dos ítems de autoeficacia: BEEGC10 y BEEGC18 están redactados en términos positivos), lo cual ha podido contribuir a una interpretación no correcta por parte de nuestros encuestados.

- 5.- La variable BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga" es la única que presenta una saturación significativa (0,90408) en el quinto factor y prácticamente nula en el resto de los factores. La interpretación de este ítem como un factor no tiene sentido tanto desde el punto de vista teórico como desde el estadístico.

En la teoría, este ítem aparece en el primer factor (contingencia). Nuestros resultados únicamente permiten sugerir que éste ha sido un ítem mal interpretado por nuestr@s encuestad@s y quizá podría estar indicando errores semánticos en la formulación de dicho ítem.

2. 2. 2. c. Resultados del Análisis Cluster de Variables

Con objeto de confirmar las agrupaciones de variables encontradas en el análisis de componentes principales, procedimos a realizar un análisis cluster, por el método de jerarquización en forma aglomerativa, de las veinte variables contenidas en el test BEEGC-20.

Los resultados de dicho análisis, expuestos en forma de dendograma (gráfico III) nos permiten hacer las siguientes consideraciones:

- a.- Si únicamente considerásemos dos agrupaciones, estas serían, por una parte, las variables: BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida", BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida", BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas", BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida", BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo", BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré", BEEGC10 "me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria", BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida", BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho

que ver con el empeño que yo ponga", BEEGC02 "son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades", BEEGC14 "raramente me invaden sentimientos de inseguridad en situaciones difíciles" y BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga"; por otra estarían las variables: BEEGC12 "¡para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los enchufes", BEEGC16 "nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder", BEEGC07 "de nada sirve el que yo sea o no competente, pues la mayoría de las cosas están amañadas", BEEGC05 "lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte", BEEGC20 "creo mucho en la influencia de la suerte", BEEGC09 "sin la suerte poco se puede conseguir en la vida", BEEGC13 "para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte" y BEEGC03 "no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido".

- b.- La primera agrupación es claramente el control personal percibido.
- c.- La agrupación dos, se subdivide, a su vez, en dos agrupaciones. La primera, con excepción de la variable BEEGC03, se corresponde con el factor III hallado en el análisis de componentes principales, al que hemos denominado "indefensión/no contingencia". La segunda se corresponde perfectamente con el factor II hallado en el análisis de componentes principales, al que hemos denominado "suerte".

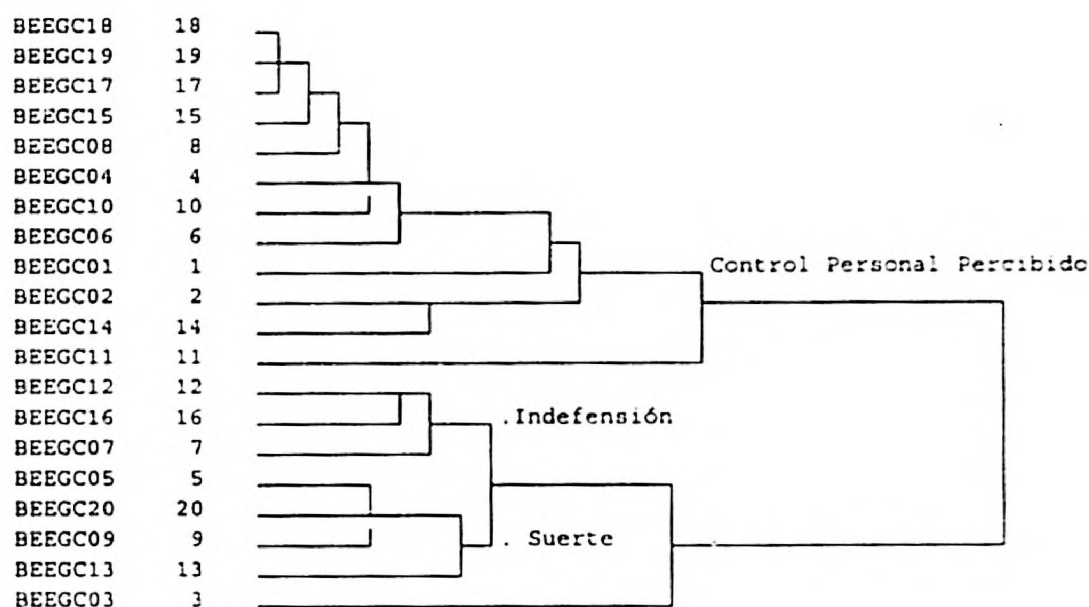


Gráfico III. Resultados del análisis cluster para las variables del BEEGC-20

La variable BEEGC03, indudablemente es de Locus de Control. En este análisis, sin embargo no parece claro si pertenece al factor suerte o al de indefensión/no contingencia. De acuerdo con nuestros resultados del análisis de componentes principales, y los hallados en estudios precedentes, creemos no confundirnos al encuadrar este ítem dentro del factor III "indefensión"

2. 2. 2. d. Correlaciones entre los factores del BEEGC-20

En la tabla nº 8 se muestran las correlaciones entre los tres factores relevantes del análisis de componentes principales del BEEGC-20. De su observación pueden extraerse las siguientes consideraciones:

- 1.- Existe una correlación relativamente baja y negativa entre el factor II (S) y el factor I (CPP). Este hecho es consistente con la teoría; esto es, el control personal percibido nos reafirma en el control a la hora de actuar ante ciertas situaciones, descartando la influencia de la suerte.
- 2.- La correlación negativa entre el factor III (indefensión) y el factor I (control personal percibido) es perfectamente consistente con la teoría.
- 3.- La alta correlación mostrada entre los valores del factor III (indefensión) y los del factor II (suerte), la más alta de toda la tabla, es plenamente consistente con la teoría.

	Factor I	Factor II	Factor III
Factor I (CPP)	1,0000	-0,3767	-0,4596
Factor II (S)		1,0000	0,5854
Factor III (I)			1,0000

Tabla nº 8. Correlaciones entre los tres factores del BEEGC-20. Muestra de Enfermer@s.

En el gráfico IV pueden observarse, en forma de esquema, las relaciones entre los tres factores del BEEGC-20.

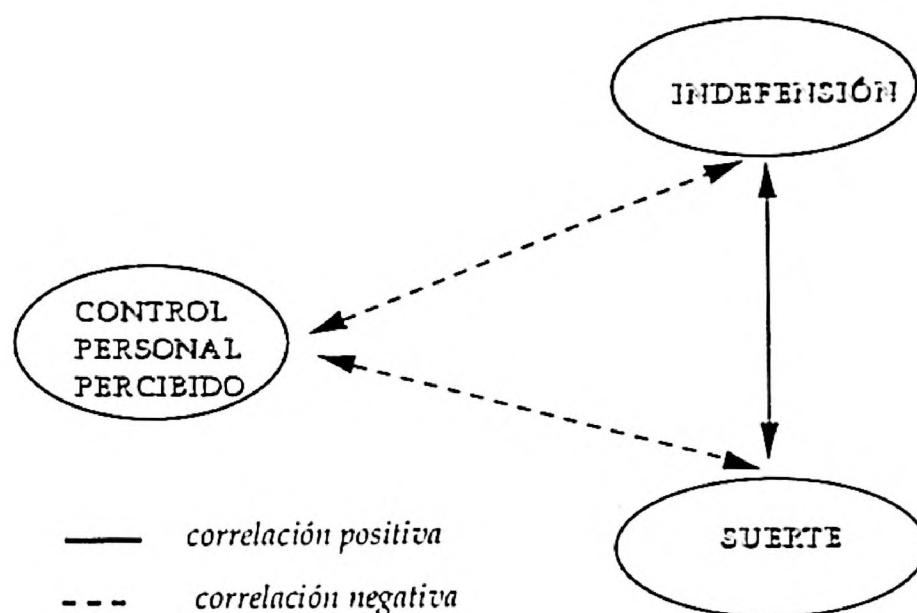


Gráfico IV : Representación gráfica de las relaciones entre los tres factores del BEEGC-20

2. 2. 3. Resultados para el cuestionario de estrés diario (CED)

La tabla nº 9 muestra la media y desviación típica de las contestaciones de los 248 individuos⁵, tanto en las cinco alternativas de respuestas positivas como en las negativas, para los 43 ítems⁶. De su observación se desprenden las siguientes reflexiones:

⁵De las 265 enfermer@s que entregaron la encuesta, 17 no contestaron al CED.

⁶La distribución de las respuestas, para cada uno de los ítems puede observarse en el anexo II, tabla nº 6.

ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
01+	01-	02+	02-	03+	03-	04+	04-	05+	05-	
3,517	2,061	4,215	1,459	3,393	1,907	3,683	1,860	3,367	2,062	med.
1,059	0,931	0,952	0,815	0,972	0,814	1,084	1,010	1,013	0,927	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
06+	06-	07+	07-	08+	08-	09+	09-	10+	10-	
3,253	1,978	3,612	1,816	3,518	1,975	3,407	1,890	3,268	2,238	med.
0,980	1,018	0,868	0,791	0,906	0,935	1,062	0,937	1,088	1,121	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
11+	11-	12+	12-	13+	13-	14+	14-	15+	15-	
3,057	2,038	3,303	2,098	3,456	1,882	3,572	1,823	3,542	1,894	med.
1,031	1,027	1,042	1,065	0,946	0,881	0,953	0,979	1,045	0,990	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
16+	16-	17+	17-	18+	18-	19+	19-	20+	20-	
3,189	2,046	2,927	2,280	2,974	2,165	3,372	1,991	3,061	2,163	med.
1,058	1,046	1,129	1,146	1,184	1,167	0,943	0,971	1,081	1,041	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
21+	21-	22+	22-	23+	23-	24+	24-	25+	25-	
3,659	1,931	3,174	1,834	3,514	1,794	3,378	1,856	3,071	2,185	med.
1,002	0,875	1,158	0,992	0,902	0,871	1,065	0,911	1,271	0,962	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
26+	26-	27+	27-	28+	28-	29+	29-	30+	30-	
3,668	1,728	3,170	1,912	3,966	1,589	3,267	1,736	3,437	1,818	med.
1,111	0,983	1,233	1,065	0,879	0,731	0,900	0,794	1,133	0,956	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced3	ced	
31+	31-	32+	32-	33+	33-	34+	34-	5+	35-	
3,580	1,696	3,258	1,883	3,654	1,738	3,756	1,626	3,089	2,103	med
0,987	0,804	1,052	0,849	0,982	0,910	1,030	0,836	1,174	1,092	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
36+	36-	37+	37-	38+	38-	39+	39-	40+	40-	
2,986	2,379	3,670	1,786	2,979	2,182	3,273	1,936	3,351	1,953	med.
1,004	1,089	0,957	0,929	1,058	1,052	1,131	1,035	1,142	0,981	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced					
41+	41-	42+	42-	43+	43-					
3,182	2,097	3,047	2,423	3,182	2,148	med				
1,092	1,099	1,253	1,181	1,092	1,014	d. tip.				

Tabla nº 9. Media y desviación típica, tanto en las alternativas de respuestas positivas como en las negativas, para los 43 ítems del CED. Muestra enfermer@s.

En términos generales, las medias de los ítems del CEDp son mayores que las del CEDn. De ello puede desprenderse que el colectivo de enfermer@s aprecia los sucesos o eventos de forma más positiva que negativa. Este hecho tal vez sea totalmente lógico en el sentido de que si un sujeto concibe la idea del ítem como positiva, obviamente, el mismo ítem en su valoración negativa tendrá una media menor.

En relación a la desviación típica, podemos observar que ésta, para los ítems del CEDn es, en todo caso, menor a uno; lo que no significa, necesariamente, que las medias sean suficientemente representativas. Lo mismo ocurre para el CEDp; sin embargo, como las medias para estos ítems son más grandes, los coeficientes de variación son, en general, más pequeños.

De forma especial, la media más alta (4,21) se encuentra en el ítem CEDp02 "relaciones con sus padres", lo que parece indicar que estas son percibidas por nuestro colectivo con bastante satisfacción.

En relación al CEDn, cabe resaltar la existencia de cuatro ítems que presentan medias y desviaciones típicas muy similares, lo cual dificulta enormemente su interpretación. Los ítems son: CEDn04 "tiempo empleado con la familia", CEDn06 "relación con sus superiores", CEDn27 "comer fuera" y CEDn39 "ocio en el hogar".

En el CEDn cabe destacar, además, la presencia de tres ítems que presentan medias en torno a dos y desviaciones típicas cercanas a 0,90. Los ítems son; CEDn01 "relaciones con su pareja", CEDn05 "asuntos que incumben a algún familiar o amigo" y CEDn25 "papeleo no laboral". Estos resultados parecen estar indicando que el presentar cierta carencia de rela-

ciones con su pareja, el no ocuparse de asuntos que incumben a algún familiar y el no llevar a cabo el papeleo no laboral interviene de forma notable en la aparición de estrés diario.

Existe un grupo de ítems correspondientes tanto al CEDn como al CEDp que presentan un coeficiente de variación bastante alto, lo cual no permite realizar afirmaciones contundentes respecto de ellos. Ante este hecho hemos preferido posponer nuestras conclusiones hasta realizar análisis estadísticos más sofisticados.

En general, de esta primera aproximación a los resultados, parece posible afirmar que el colectivo de enfermer@s no presenta un estrés diario muy negativo, sino más bien positivo. Los uplifts son más significativos que los hassles, a juzgar por los datos. Podemos decir que las pequeñas satisfacciones superan a los fastidios y situaciones conflictivas de la vida diaria.

2. 2. 3. a. Resultados del Análisis Factorial de Componentes Principales

Al igual que hicimos en el estudio del MBI y BEEGC-20, con objeto de poder comprender la relación entre las variables, procedimos a realizar un análisis de componentes principales. Este se basó en las valoraciones negativas y positivas proporcionadas por los 248 individuos, para cada uno de los cuarenta y tres ítems.

Construidas las matrices originales, nos propusimos comprobar si reunían las características necesarias para efectuar dicho análisis. Los resultados de esta exploración se muestran en el anexo II, tablas nº 7 y nº 8, y

permiten afirmar que dichas matrices son válidas para poder realizar el análisis que pretendemos.

Sin embargo, como se desprende del análisis de las tablas nº 9 y nº 10, anexo II, siguiendo el método Kaiser debemos conservar, con objeto de poder interpretar correctamente las relaciones entre las variables, para el caso de los CED negativos, los doce primeros factores; y para el caso de los CED positivos los trece primeros factores. Este hecho no está muy de acuerdo con el objetivo del análisis de componentes principales: encontrar un número reducido de factores que aporten "casi" la misma información que el número de variables originales.

Si utilizamos el criterio seguido por otros autores, para decidir sobre el número de factores a conservar, consistente en hacer depender el número mínimo de factores del tanto por ciento mínimo sobre el total de varianza que debe explicar, y fijamos este mínimo en el 5%, teniendo en cuenta que el número de variables es 43, conservaremos aquellos factores cuyo valor propio sea superior a 2,15 ($0,05 \times 43$).

De acuerdo con este último criterio, debemos conservar dos factores en el caso de los CED positivos y dos factores en el caso de los CED negativos. Esto supondría que nuestro análisis explicaría el 28,2% y el 29,9%, respectivamente, de la varianza total de la muestra.

Intentando una solución de consenso entre una explicación suficiente de la varianza total de la muestra y un número de factores que no dificulte demasiado el análisis, creímos necesario conservar siete factores. Sin embargo, una vez obtenidos éstos y observando que las correlaciones en-

tre ellos eran elevadas nos convencimos de que este tipo de análisis no era idóneo (ver anexo II, tablas nº 11, nº 12, nº 13 y nº 14).

No obstante, nos pareció importante conservar la información que nos proporciona el primer factor, tanto de los uplifts como de los hassles. Las variables contenidas en dichos factores, que explican respectivamente un 22,3% y un 23,8% del total de variabilidad de la muestra, podrían ser interpretadas como eventos que en mayor medida contribuyen diariamente a "sentirse mejor" frente a los que ayudan diariamente a l@s enfermer@s a "sentirse molest@s".

El factor I de los uplifts, al que hemos llamado "aspectos sociales y de comportamiento", agrupa los siguientes ítems: CEDp35 "acontecimientos políticos y sociales"; CEDp25 "papeleo no laboral"; CEDp21 "funcionamiento y mantenimiento de la casa"; CEDp27 "comer fuera"; CEDp31 "comportamientos de personas no conocidas en encuentros ocasionales"; CEDp42 "su medio ambiente"; CEDp32 "relaciones con instituciones o personal de atención al público" y CEDp30 "actos u obligaciones sociales".

El factor I de los hassles, al que hemos llamado "falta de relaciones", agrupa los siguientes ítems: CEDn07 "relaciones con sus compañeros"; CEDn03 "relaciones con otros parientes"; CEDn13 "comenzar tareas"; CEDn01 "relaciones con su pareja" y CEDn33 "estar solo ocasionalmente".

Ante la dificultad para interpretar con un mínimo de fiabilidad los resultados del análisis de componentes principales, con objeto de conseguir una interpretación de los datos obtenidos, y lograr un valor que explique de forma global el estrés diario del sujeto procedimos de la siguiente manera:

- 1.- Sumamos las puntuaciones de cada sujeto en los 43 ítems del CED positivo (uplifts). A esta puntuación la hemos denominado "estrés diario total positivo (EDtp)".
- 2.- Sumamos las puntuaciones de cada sujeto en los 43 ítems del CED negativo (hassles). A esta puntuación la hemos denominado "estrés diario total negativo (EDtn)".
- 3.- Haciendo la siguiente operación : $(EDtp - EDtn)/2$, obtuvimos una tercera puntuación, para cada individuo, a la que hemos llamado "estrés diario medio (EDm)". Dicha puntuación pretende reflejar el nivel de estrés que, por término medio, presenta un sujeto al final de un día.

Tomando como referencia esta tercera variable, y teniendo en cuenta que un individuo que presente el máximo estrés diario medio positivo habrá contestado 5 en cada uno de los ítems de los uplifts y 1 en cada uno de los ítems de los hassles; mientras que un individuo que muestre el máximo estrés diario medio negativo habrá puntuado 5 en cada uno de los ítems de los hassles y 1 en cada uno de los ítems de los uplifts, hemos confeccionado una escala que nos permite identificar el grado de estrés medio diario de un individuo concreto. Dicha escala es:

<u>Valor del EDM</u>	<u>Denominación</u>
86	Evento diario muy alto positivo
64,5	Evento diario alto positivo
43	Evento diario medianamente positivo
21,5	Evento diario bajo medio positivo

0	No Evento diario positivo/no Evento diario negativo
-21,5	Evento diario bajo medio negativo
-43	Evento diario medianamente negativo
-64,5	Evento diario alto negativo
-86	Evento diario muy alto negativo

Calculado, de acuerdo con la expresión precedente, el estrés diario medio de cada uno de los 246 individuos que cumplimentaron el cuestionario de estrés diario, cuyos datos se hallan contenidos en la tabla nº 15, anexo II, podemos afirmar que:

- a) Tan solo siete individuos (2,84%) muestran un estrés diario total negativo superior al estrés diario total positivo. En ninguno de los casos, el estrés diario medio negativo se sitúa por debajo del valor (-10).
- b) Tres individuos (1,21%) presentan una estrés diario medio positivo muy alto, aunque el valor máximo es 72.
- c) El 16,7% de l@s enfermer@s (41 individuos) alcanzaron un valor en la escala entre 43 y 64,5.
- d) Más del 51,6% de l@s enfermer@s muestran un estrés diario positivo de tipo medio.
- e) Sesenta y ocho enfermeras (27,64%) presentan un estrés diario medio bajo.

- f) En general, las pequeñas satisfacciones superan a los fastidios y situaciones conflictivas de la vida diaria en un 97,16% de los casos; el 17,91% de los individuos presentan un estrés diario medio alto o muy alto y el 79,24% muestran un estrés diario medio bajo o mediano.

Analizados los resultados de cada test por separado, nuestro siguiente paso consistió en tratar de identificar el grado de interdependencia entre los diferentes constructos hallados para cada uno de los tests. Para ello calculamos, en primer lugar, la matriz de coeficientes de correlación entre cada uno de los factores, consistentes con el análisis de componentes principales, para los tests del MBI y BEEGC-20 y el EDTn, EDTp y EDM. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla nº 10.

De la observación de esta tabla (nº 10) se pueden extraer las siguientes conclusiones (únicamente nos detendremos en explicar las correlaciones más significativas existentes entre los factores, y que no hayan sido comentadas anteriormente):

a.- La correlación negativa alta entre el factor I del BEEGC-20 (CPP) y el factor I del MBI (DE), puede estar indicando que, al no poseer un buen control personal percibido, el sujeto no es capaz de hacer frente eficazmente a las situaciones que se le presentan, lo cual le lleva cada vez más a sufrir una despersonalización.

	EDtp	EDtn	EDm.	Mbi1	Mbi2	Mbi3	Beeg 1	Beeg2	Beeg3
EDtp	1,000	0,196	0,697	0,448		-0,26	-0,20		
EDtn		1,000	-0,57	-0,14					
EDm			1,000	0,478		-0,25	-0,24		
Mbi1				1,000	0,330	-0,51	-0,55	0,281	0,431
Mbi2					1,000	-0,18	-0,33	0,308	0,340
Mbi3						1,000	0,495	-0,24	-0,32
Beeg.1							1,000	-0,38	-0,46
Beeg.2								1,000	0,585
Beeg.3									1,000

Tabla n° 10. Correlaciones entre los diferentes factores del MBI, BEEGC-20, EDtn, EDtp y EDm. Muestra enfermer@s. Las correlaciones estadísticamente no significativas no aparecen en la tabla.

- b.- La correlación negativa entre el factor I del BEEGC-20 (CPP) y el factor II del MBI (CE) permite afirmar que la falta de control personal percibido puede perfectamente ir acompañada de cansancio emocional.

La mayor correlación, en términos absolutos, entre el factor I del BEEGC-20 (CPP) y el factor I del MBI (DE), respecto a la correlación del factor I del BEEGC-20 y el factor II del MBI (CE) indica que existe un predominio de la despersonalización sobre el cansancio emocional.

- c.- Existe una correlación alta y positiva entre el factor I del BEEGC-20 (CPP) y el factor III del MBI (RP). Este resultado es totalmente consistente con la teoría. Es decir, alguien que posee control personal

percibido relativamente alto, lógicamente tendrá también una buena realización personal.

- d.- Aparece una correlación positiva entre el factor III del BEEGC-20 (indefensión) con el factor I del MBI (DE). Esto confirma que una persona con poca contingencia tiene muchas más posibilidades de caer en la despersonalización que alguien que muestra un alto grado de contingencia.
- e.- Encontramos otra correlación positiva discreta entre el factor III del BEEGC-20 (indefensión) y el factor II del MBI (CE). Este resultado nos permite afirmar que los sujetos que se muestran indefensos pueden llegar, a la larga, a sentir cierto cansancio emocional.
- f.- El factor III del BEEGC-20 (indefensión) presenta una correlación negativa (-0,319) con el factor III del MBI (RP), lo cual sugiere que el sujeto que no posee una buena contingencia llega necesariamente a poca realización personal.
- g.- Aparece una correlación positiva baja (0,1961) entre el EDtp (estrés diario total positivo) y el EDtn (estrés diario total negativo). Esto tiene cierta lógica, ya que un sujeto que presenta un EDtp no puede a la vez mostrar un alto EDtn.
- h.- Existe una correlación alta positiva (0,6974) entre el EDtp y el EDM (estrés diario medio), que viene a confirmar lo anteriormente comentado. El colectivo de enfermer@s presenta un estrés diario total positivo alto en relación al estrés diario total negativo. Es decir,

existe un predominio de uplifts (satisfacciones, placeres, etc.) sobre los hassles (conflictos, fastidios, etc.).

- i.- El EDtn (estrés diario total negativo) presenta una correlación alta negativa (-0,5660) con el estrés diario medio. Este hallazgo es totalmente concordante con los resultados expuestos anteriormente.
- J.- Existe una correlación positiva aceptable (0,4479) entre el EDtp (estrés diario total positivo) y el factor I del MBI (despersonalización).

A simple vista estos datos pueden parecer contradictorios, pero no debemos olvidar que el hecho de que una persona puntúe relativamente alto en despersonalización (estrés ocupacional) no impide que su estrés diario total positivo sea también relativamente alto. Las personas tratan de compensar las vicisitudes de la vida laboral con una vida personal diaria más positiva. La coraza (despersonalización) la utilizan en el ámbito laboral, usando después como válvula de escape su medio personal o privado.

- k.- La correlación existente entre el estrés diario medio y la despersonalización (0,4784) refleja la coherencia de los resultados obtenidos en este colectivo.

2.2.4. Resultados del análisis de varianza

Una vez establecidos los factores principales o constructos del MBI y del BEEGC-20, así como obtenidos los valores que cada individuo toma para las variables CEDtp, CEDtn y EDm, nos propusimos analizar mediante un análisis de varianza cuál es la relación de cada uno de estos factores con algunas de las variables sociodemográficas que mayor interés presentan para nuestro estudio.

Como sabemos, dada una variable dependiente cuantitativa y una variable independiente cualitativa, el análisis de varianza con un factor consiste en analizar el comportamiento de la variable dependiente en las K submuestras o grupos establecidos por los valores de la variable independiente.

En nuestro caso, las variables dependientes son: despersonalización, cansancio emocional, realización personal, control personal percibido, suerte, indefensión/no contingencia, estrés diario total positivo, estrés diario total negativo y estrés diario medio.

Por su parte, las variables independientes y los grupos establecidos para cada una de ella son:

1.- Variable EDAD. En función de la edad, los sujetos se han clasificado en dos submuestras:

- submuestra 1 : individuos menores de 40 años.
- submuestra 2. individuos con edad igual o superior a 40 años.

Flórez (1994) ha podido comprobar en diversos estudios que la edad influye en el desencanto y estrés de la profesión entre los 30 y 50 años. Esta ha sido la razón, junto a la gran diversidad de edades existentes en nuestro colectivo, por la que basándonos en razones de operatividad hemos creído adecuado dividir la muestra en dos únicas submuestras.

2.- Variable ESPECIALIDAD. Dependiendo de si el sujeto a cursado o no alguna especialidad de enfermería (matrona, podología, ...), hemos dividido la muestra en dos submuestras:

- submuestra 1: individuos que poseen especialidad.
- submuestra 2: individuos que no poseen especialidad.

3.- De acuerdo con su SITUACIÓN LABORAL, hemos segmentado nuestro colectivo en dos submuestras:

- submuestra 1: agrupa a todos los sujetos cuya situación laboral es "fijo".
- submuestra 2: agrupa a los sujetos cuya situación laboral es "eventual".

4.- Variable HIJOS. Ésta ha tomado, en nuestro colectivo, un valor máximo de cuatro y uno mínimo de cero. Decidimos hacer tantas submuestras como valores diferentes tomó la variable.

5.- El número de horas semanales trabajadas por l@s enfermer@s de nuestro estudio no es homogéneo y se mueve entre 20 y 50 horas.

Considerando las HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE, hemos agrupado los individuos en dos bloques:

- submuestra 1: individuos que trabajan más de 35 horas/semana.
- submuestra 2: individuos que trabajan 35 o menos horas/ semana.

6.- Variable PAREJA. Ésta pretende recoger el hecho de que el sujeto conviva o no con otra persona con la que mantiene una relación sentimental-afectiva. Por tal motivo, en función a ello, hemos dividido la muestra en dos submuestras:

- submuestra 1: personas que conviven con la pareja (casados y parejas de hecho).
- submuestra 2: personas que no conviven con la pareja (solteros, viudos y separados).

7.- En función al SERVICIO EN EL QUE TRABAJAN, decidimos llevar a cabo una división de los servicios en estresantes y no estresantes .

Según Karasec, Russell y Theorell (1988), los servicios se clasifican de este modo teniendo fundamentalmente en cuenta la posibilidad o no de planificar los cuidados o atenciones de enfermería, la premura en que deben ser administrados y la gravedad vital de la situación.

En función a esto, y siguiendo a Gray-Tolf y Anderson (1981), Roger y Nash (1995), Fitter (1987) y Dewe (1988), los servicios catalo-

gados como estresantes fueron: urgencias generales, quirófanos de urgencia, neonatal, grandes quemados, urgencias pediátricas, neurocirugía, reanimación-traumatología, cardiología, reanimación general, oncología, coronarias y reanimación partos. Todos ellos forman la submuestra 1.

Los servicios considerados como no estresantes fueron: cirugía infantil, laboratorio bioquímica, pediatría, cirugía, medicina interna, infecciosos, urología, otorrinolaringología, digestivo, maternidad, hospital de día, torácicas, ginecología, partos, rehabilitación, rayos x, medulares, cardiovasculares y traumatología. Todos ellos forman la submuestra 2.

Cabe mencionar, con respecto al servicio de oncología, que su alto estrés radica en la imposibilidad de curación del sujeto y la cercanía del sufrimiento humano hacia algo irreversible. Esta impotencia hace aflorar gran desánimo y desmotivación en el personal de enfermería.

- 8.- En función de la "EXPERIENCIA PROFESIONAL", según que el número de años dedicados a esta profesión fuese inferior o igual a 14 años o mayor a dicho tiempo, clasificamos a los individuos en la submuestra 1 ó 2.

Gran cantidad de estudios llevados a cabo, entre los que cabe destacar el de López Rodrigo (1995), han afirmado que el abandono de la profesión la protagonizan l@s enfermer@s a partir de los doce años de ejercicio, y que la tendencia futura es que cada vez vayan acortándose los años en activo.

9.- La última de las variables dependientes a considerar fue denominada SEXO. En función del sexo, los sujetos se han clasificado en dos submuestras: submuestra 1= mujeres; submuestra 2= hombres.

Realizado el citado análisis de varianza, los resultados más significativos, agrupados de acuerdo con el comportamiento de las variables independientes en relación con las dependientes son:

Especialidad

a) Dada la variable dependiente Factor I del MBI (despersonalización) y la variable independiente especialidad, podemos rechazar, para un nivel de significación de 0,05, la hipótesis nula de que las dos submuestras en las que se han dividido los valores de "especialidad", poseen igual media. Es decir, podemos afirmar que el hecho de poseer o no una especialidad en enfermería influye en la despersonalización de l@s enfermer@s. En concreto, parece ser que l@s enfermer@s sin especialidad, son las que por término medio presentan un mayor grado de despersonalización (ver tabla nº 11).

b) Si la variable dependiente es EDtn, a la vista de los resultados, y para un nivel de significación del 0,05 (ver tabla nº 12), podemos afirmar que haber cursado una especialidad en enfermería influye en el nivel de estrés diario total negativo. Más concretamente, po-

demos decir que los individuos con especialidad presentan, por término medio, un mayor estrés diario total negativo.

Variable Dependiente: <i>Factor I del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>Especialidad</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. error	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	454,57	454,5730	6,6887	0,013
Intragrup.	250	16990,42	67,9617		
Total	251	17445,00			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1,2157	1	250	0,271

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	12,8333	8,3368	252
Submuestra 1	10,7895	7,8372	76
Submuestra 2	13,7159	8,4122	176

Tabla nº 11. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del MBI (despersonalización); variable independiente: especialidad. Muestra enfermer@s.

Variable Dependiente: <i>EDtn</i>					
Variable Independiente: <i>Especialidad</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	2693,434	2693,434	5,8756	0,0161
Intragrup.	244	111851,199	458,406		
Total	245	114544,634			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1,5789	1	244	0,210

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	79,1951	21,6224	246
Submuestra 1	84,0513	22,7236	78
Submuestra 2	76,9405	20,7770	168

Tabla nº 12. Análisis de varianza. Variable dependiente: EDtn; variable independiente: especialidad. Muestra enfermer@s.

Hijos

Como ya hemos comentado anteriormente, el rango para la variable hijos está entre cero y cuatro.

Dividida la muestra en cuatro submuestras, en función del número de hijos que conviven con el individuo encuestado, y realizado el análisis de varianza, encontramos los siguientes resultados:

- a) Cuando la variable dependiente es el estrés diario total positivo (EDtp), para un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula de que las cuatro submuestras establecidas en función de la variable hijos poseen la misma media (ver tabla nº 13).

Variable Dependiente: <i>EDtp</i>					
Variable Independiente: <i>Hijos</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	3	11611,756	3870,585	6,6924	0,0002
Intragrup.	242	139961,239	578,352		
Total	245	151572,995			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1.9421	3	242	0,121

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	136,9959	24,8730	246
Submuestra 0	141,5906	22,8436	127
Submuestra 1	140,3469	20,7119	49
Submuestra 2	125,5238	28,8538	63
Submuestra 3	133,4286	18,2652	7

Tabla nº 13. Análisis de varianza. Variable dependiente: EDtp; variable independiente: hijos. Muestra enfermer@s.

Los datos indican que existe una relación negativa entre el estrés diario total positivo y el número de hijos. Esto es, a mayor número de hijos los sujetos presentan, por término medio, menor nivel de "satisfacción diaria".

Tiempo en la profesión

De acuerdo con la teoría y algunos estudios empíricos [Flórez (1994); López Rodrigo (1995); Ellis, y colaboradores (1993)] el número de años dedicados a la profesión de enfermería es una variable a tener en consideración a la hora de valorar el estrés de este colectivo.

La importancia de esta variable queda patente en las siguientes conclusiones, obtenidas del análisis de varianza:

- a) Existe una relación positiva entre el tiempo de permanencia en la profesión y control personal percibido que presentan los sujetos. Esto es, por término medio, los sujetos con más de 14 años en la profesión presentan un mayor control personal percibido que aquéllos cuya dedicación a la enfermería es menor (ver tabla nº 14).
- b) Para un nivel de significación del 0,05, cuando la variable dependiente es el factor III del BEEGC-20 (indefensión), se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias en las dos submuestras.

El análisis de los datos muestra una relación negativa entre el número de años en la profesión y la indefensión, lo cual corrobora

Variable Dependiente: <i>Factor I del BEEGC-20</i>					
Variable Independiente: <i>Tiempo en la Profesión</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errors	E. medis	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	754,63	754,6324	5,5805	0,0189
Intragrup.	260	35158,94	135,2267		
Total	261	35913,57			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1,2267	1	260	0,269

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. t.	casos
Muestra	54,6947	11,7303	262
Submuestra 1	52,9449	11,2096	127
Submuestra 2	56,3407	12,0094	135

Tabla nº 14. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del BEEGC-20 (C.P.P.); variable independiente: tiempo en la profesión. Muestra enfermer@s.

Variable Dependiente: <i>Factor III del BEEGC-20</i>					
Variable Independiente: <i>Tiempo en la Profesión</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errs	E. meds	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	192,61	192,6185	5,0007	0,0262
Intragrup.	261	10053,25	38,5182		
Total	262	10245,87			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1,2335	1	261	0,268

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	17,3270	6,2535	263
Submuestra 1	18,2126	6,0718	127
Submuestra 2	16,5000	6,3292	136

Tabla nº 15. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor III del BEEGC-20 (indefensión); variable independiente: tiempo en la profesión. Muestra enfermer@s.

la teoría y concuerda con el resultado precedente: por término medio, los sujetos que más tiempo llevan trabajando en esta profesión presentan un mayor control personal percibido y una menor indefensión, en relación a los que han prestado sus servicios menos tiempo (ver tabla nº 15).

Situación laboral

- a) Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre las medias de "estrés diario total positivo" presentadas por las submuestras "fijos" y "eventuales", para un nivel de confianza del 95%. En concreto, los datos señalan que los sujetos pertenecientes a la submuestra "eventuales" poseen, por término medio, un mayor nivel de satisfacción diaria (ver tabla nº 16).

Variable Dependiente: <i>EDtp</i>					
Variable Independiente: <i>Situación laboral</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. meds	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	3437,137	3437,137	5,6384	0,0183
Intragrup.	243	148131,858	609,596		
Total	244	151568,995			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1,3472	1	243	0,247

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	137,0041	24,9236	245
Submuestra 1	134,5640	25,3767	172
Submuestra 2	142,7534	22,9769	73

Tabla nº 16. Análisis de varianza. Variable dependiente: Estrés diario total positivo; variable independiente: situación laboral. Muestra enfermer@s.

- b) Se detecta, además, que para un nivel de significación del 0,05 se puede rechazar la hipótesis nula de que la media de estrés diario medio de la submuestra "fijo" es igual a la media de estrés diario medio de la submuestra "no fijo o eventual". Más concretamente, los individuos que pertenecen al colectivo "fijo" poseen, por término medio un estrés diario inferior a quienes son eventuales (ver tabla nº 17).

Variable Dependiente: <i>Estrés Diario Medio</i>					
Variable Independiente: <i>Situación laboral</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. meds	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	1764,7445	1764,744	8,3170	0,0043
Intragrup.	243	51560,7759	212,184		
Total	244	53325,5204			
<u>Test de Levene para homogeneizar la varianza</u>					
Estadístico	df1	df2	2-tail sig.		
0,5563	1	243	0,456		
<u>Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra</u>					
variable	media	desv. tip.	casos		
Muestra	28,9694	14,7833	245		
Submuestra 1	27,2209	15,1570	172		
Submuestra 2	33,0890	13,0577	73		

Tabla nº 17. Análisis de varianza. Variable dependiente: estrés diario medio; variable independiente: situación laboral. Muestra enfermer@s.

Servicio en el que trabaja

- a) Para un nivel de significación del 0,05%, cuando el factor II del BEEGC-20 (suerte) es la variable dependiente, se rechaza la hipótesis de que las dos submuestras tengan idéntica media (ver tabla nº 18). En concreto, respecto al factor II del BEEGC-20, se aprecia una

relación positiva significativa entre este factor y los servicios estresantes. El hecho de trabajar en un servicio catalogado de estresante influye en que el factor suerte esté más presente.

Variable Dependiente: <i>Factor II del BEEGC-20</i>					
Variable Independiente: <i>Tipo de servicio en el que trabaja</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. meds	F ratio	Prob. F
Entregup	1	213,8113	213,8113	6,2589	0,0130
Intragrup.	253	8642,7142	34,1609		
Total	254	8856,5255			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,1616	1	253	0,688

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	18,3098	5,9049	255
Submuestra 1	19,3363	6,0173	113
Submuestra 2	17,4930	5,7040	142

Tabla nº 18. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor II del BEEGC-20 (suerte); variable independiente: tipo de servicio en el que trabaja (estresante- no estresante). Muestra enfermer@s.

- b) Parece existir, además, relación entre el factor III del MBI (realización personal) y el servicio en el que se trabaja. En concreto, nos encontramos que los individuos que trabajan en los servicios denominados no estresantes presentan una mejor realización personal que los sujetos que lo hacen en servicios estresantes (ver tabla nº 19).

Lógicamente, al estar en servicios no estresantes, que permiten una mejor planificación del trabajo, el grado de realización personal se ve favorecido.

Variable Dependiente: <i>Factor III del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>Tipo de servicio en el que trabaja</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. meds	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	292,9124	292,9124	4,7995	0,0294
Intragrup.	237	14463,9830	61,0295		
Total	238	14756,8954			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,0477	1	237	0,827

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	32,0209	7,8742	239
Submuestra 1	30,7596	7,8437	104
Submuestra 2	32,9926	7,7878	135

Tabla nº 19. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor III del MBI (Realización personal); variable independiente: tipo de servicio en el que trabaja. Muestra enfermer@s.

Sexo

- a) Dada la variable dependiente Factor I del MBI (despersonalización) y la variable independiente sexo, podemos rechazar, para un nivel de significación del 0,05, la hipótesis nula de que las dos submuestras en las que se han dividido los valores de "sexo", poseen igual media. Es decir, podemos afirmar que el hecho de ser varón o mujer, en enfermería, influye en la despersonalización de l@s enfermer@s. En concreto, parece ser que los enfermeros son los que presentan mayor grado de despersonalización (ver tabla nº 20). Este resultado viene a confirmar el hallado en la población general del manual del MBI respecto al factor I (despersonalización) de dicho test.

Variable Dependiente: <i>Factor I del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>sexo</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. meds	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	554,6462	554,6462	8,2453	0,0044
Intragrup.	249	16749,7682	67,2681		
Total	250	17304,4143			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
3,6104	1	249	0,059

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	12,8805	8,3197	251
Submuestra 1	12,1576	8,4029	203
Submuestra 2	15,9375	7,2740	48

Tabla nº 20. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del MBI (Despersonalización); variable independiente: sexo. Muestra enfermer@s.

2. 2. 5. Estudio de los 36 sujetos que se sienten "acabados"

Como comentamos en su momento, y puede observarse en la tabla nº 21, entre las 265 respuestas obtenidas en el test MBI se encuentran 36 personas que muestran sentirse acabadas. Dada la envergadura de esta afirmación, hemos creído que intentar detectar las características que unen a estos individuos, puede proporcionarnos información valiosa para esta investigación.

Me siento acabad@	Número de respuestas
Nunca (0)	121
Pocas veces al año o menos (1)	43
Una vez al mes o menos (2)	19
Unas pocas veces al mes (3)	24
Una vez a la semana (4)	14
Pocas veces a la semana (5)	14
Todos los días (6)	22

Tabla nº 21. Distribución de las respuestas al ítem 20 del MBI. Muestra enfermer@s.

De los 36 sujetos, contamos con 12 varones y 24 mujeres. La media y desviación típica para cada ítem del MBI en las submuestras "varones quemados" y "mujeres quemadas" puede observarse en el anexo II, tablas nº 16 y nº 17.

Las características sociodemográficas del *subgrupo mujeres* son las siguientes:

- Once de ellas están casadas, once solteras, una viuda y una divorciada.
- Los años de convivencia con sus respectivas parejas es de un máximo de 18 y un mínimo de dos años.

- Sus edades están comprendidas entre 25 y 57 años.
- Todas ellas conviven con uno o dos hijos.
- En relación a los estudios realizados nos encontramos con cuatro licenciadas.
- Catorce de ellas son fijas y diez eventuales.
- Por término medio, el número de horas trabajadas por semana es de 40.
- El tiempo en su trabajo actual es de un máximo de 18 años y un mínimo de 3 años y un mes.
- El tiempo en la profesión es de un máximo de 25 años y un mínimo de 4 años y tres meses.
- Los servicios a los que pertenecen son: reanimación (5p.), rayos X (1p), cardiología (1p), digestivo (1p), urgencias (4p), tórax (1p), oncología (1p), trauma (2p) y otorrino (1p).
- Sólo cuatro personas poseen una especialidad de enfermería: una de ellas posee dos especialidades: rayos X y laboratorio, las otras son: puericultora, matrona y especialista en análisis clínicos.

Las características sociodemográficas del *subgrupo varones* son:

- Cuatro de ellos están casados, cuatro solteros, dos son divorciados y dos viudos.
- El tiempo en su actual trabajo oscila entre un máximo de 12 años y un mínimo de 2 años y tres meses.
- El tiempo en la profesión es de un máximo de 25 años y un mínimo de 10 años y tres meses.
- Cuatro son eventuales y ocho fijos.
- Los servicios a los que pertenecen son: cirugía general (1p), traumatología (1p), reanimación (3p), oncología (1p), neurología (2p), medicina interna (1p) y urgencias generales (3p).
- El tiempo medio de trabajo semanal es de 40 horas.
- Sus edades están comprendidas entre 32 y 45 años.
- Los años de convivencia con sus respectivas parejas es de un máximo de 8 y un mínimo de dos años.
- Uno de ellos es licenciado.

A pesar de que las características sociodemográficas de cada uno de los subgrupos anteriores no son coincidentes, es posible encontrar nexos de unión entre todas estas personas. Dichos lazos surgen cuando analiza-

mos sus respuestas, al cuestionario, a la luz de los factores o componentes principales detectados en el estudio de los tests MBI, BEEGC-20 y CED.

En el análisis preliminar de los datos detectamos un sujeto perteneciente al servicio de rayos x que mostraba resultados completamente incoherentes desde el punto de vista teórico y de los resultados obtenidos en nuestro estudio empírico. En concreto, la incoherencia se halla en que este sujeto muestra un elevado control personal percibido (el más alto, con diferencia, de este subgrupo) unido a una muy baja despersonalización (la más baja, con diferencia, de todo el grupo).

Por consiguiente, antes de comentar las conclusiones de nuestro estudio queremos hacer notar que únicamente se refiere a 35 de las personas que manifestaron estar acabadas.

Hecha esta salvedad, los 35 sujetos válidos para el estudio presentan las siguientes características:

- En general, se puede afirmar que presentan una relativa despersonalización acompañada de un cansancio emocional marcado.
- Todos ellos muestran una excesiva confianza en la suerte.
- Su control personal percibido y su realización personal toman valores cercanos a la media teórica.
- Estos sujetos presentan un estrés diario total positivo netamente superior al estrés diario total negativo. Este hecho, aparentemente contradictorio, con respecto a lo comentado anteriormente, puede

explicarse, en parte, por el hecho de que al presentar un alto burnout este colectivo trata de compensarlo a través de la vida diaria: vivencias y placeres cotidianos positivos, fuera del ámbito laboral.

- Este grupo de enfermer@s tiene un estrés diario medio que toma un valor de 35,91, con una desviación típica de 11,04. De acuerdo con la escala propuesta en el apartado 2.3., se hallan situad@s en torno al intervalo denominado "evento bajo-medio positivo".
- Otra característica singular es que presentan cierta pobreza en las relaciones con los demás.

Es curioso observar como l@s doce enfermer@s que trabajan en servicios que pueden ser considerados como altamente estresantes, debido a la imposibilidad de planificar los cuidados a prestar a los clientes (reanimación, urgencias generales y oncología), presentan características comunes a las mostradas por aquell@s que pertenecen a servicios considerados no estresantes (cardiología, digestivo, tórax, trauma y otorrino) debido a la posibilidad de planificar los cuidados de enfermería. Este hecho puede deberse a que los servicios considerados como no estresantes pueden presentar una excesiva carga de trabajo en dichos departamentos, acompañado de escasez de personal y mal ambiente institucional.

Otra característica común a todos los individuos de este subgrupo, y que puede contribuir a la explicación de su respuesta ("me siento acabado") es el hecho de que habitualmente no suele existir una coincidencia entre la especialidad del sujeto y el servicio en el que trabaja.

Las cuatro únicas personas que tienen especialidad no trabajan en el área correspondiente a dicha especialidad. Así, por ejemplo, la persona

que posee la especialidad de puericultura está destinada al servicio de cardiología, y la especialista en análisis clínicos está adscrita al servicio de reanimación.

El sistema hospitalario ignora las aptitudes, actitudes y expectativas de los profesionales de enfermería. Este tipo de hechos se produce frecuentemente en el medio hospitalario, llevando al personal a sentirse desmotivado y cansado por no poder aplicar sus conocimientos adquiridos, no poder mostrar sus habilidades,... ; en definitiva, por ser destinado a un servicio en el que no desea estar.

Esta circunstancia, indudablemente, afecta al control personal percibido; su autoeficacia se siente dolida y, al no dominar suficientemente las técnicas del servicio correspondiente, puede sentir cierto declive de la confianza en sus capacidades a la hora de actuar como profesional.

Siguiendo el modelo de la autoeficacia (Harrison, 1985), podría explicarse como el colectivo de enfermer@s presenta una mala competencia y eficacia personal en el trabajo, lo que lleva a este colectivo a estar más quemado, siendo consciente de que la competencia percibida no es la adecuada.

De la comparación de nuestros resultados (ver anexo II, tablas nº 16 y nº 17) con los hallados para la *población general* en el manual del MBI (Maslach y Folkman, 1986), caben los siguientes comentarios⁷:

⁷ Estos comentarios se basan en la comparación directa de las medias, desviaciones típicas y los coeficientes de variación para cada ítem. Lo correcto, para comprobar si el comportamiento de cada variable dependiente (un ítem o un constructo) es idéntico o no en cada una de las K subpoblaciones o grupos establecidos por los valores de la variable independiente, habría sido realizar un análisis de varianza; pero para ello necesitaríamos conocer los valores presentados por cada individuo, para cada variable

- a) Como era de esperar, nuestro@s "quemad@s" presentan un cansancio emocional mucho más acusado.
- b) En la submuestra de varones quemados, el ítem MBI06 "trabajar todo el día con personas es un esfuerzo" presenta una media inferior, y más representativa, a la presentada en la población general.
- c) Lógicamente, el ítem MBI20 "me siento acabad@" presenta en las personas "quemad@s" (tanto varones como mujeres) unas medias muy superiores a las mostradas en la población general.
- d) En términos generales, podemos constatar que ambos subgrupos de quemad@s (hombres-mujeres) presentan una gran despersonalización en relación a la población general.
- e) El factor III del MBI (realización personal) presenta en la población general puntuaciones netamente superiores a las mostradas por ambos subgrupos de "quemad@s". Cabe resaltar que en la submuestra varones, el ítem MBI07 (trato muy eficazmente los problemas de las personas) y el ítem MBI19 (he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión) presentan puntuaciones por debajo del valor medio en la escala de likert. Sin embargo estas medias, no son demasiado representativas ya que el coeficiente de variación es, en el caso del MBI07 es del 71% y en el caso del MBI19 del 55%.

dependiente, en la población general. Por consiguiente estos comentarios deben ser tomados con las debidas reservas.

2. 2. 6. Resultados del Análisis Discriminante.

Una vez detectadas y analizadas las peculiares características que identifican al subgrupo de "enfermer@s quemad@s" nos propusimos, mediante la utilización del análisis discriminante, averiguar en qué medida el control personal percibido, la indefensión/no contingencia, la suerte, el cansancio emocional, la despersonalización, la realización personal, el estrés diario total positivo, el estrés diario total negativo y el estrés diario medio influyen a la hora de clasificar a un individuo como "quemado" o "satisfecho".

Como sabemos, el análisis discriminante es una técnica de clasificación y asignación de un individuo a un grupo, conocidas sus características respecto a una serie de variables. Para ello esta técnica sintetiza la información proporcionada por las variables en una ecuación lineal, llamada función discriminante, que representa la pertenencia a un grupo (Bisquerra, 1989).

En general, cuando se disponen de k grupos, se deben calcular $k-1$ funciones discriminantes. En nuestro caso tenemos dos grupos: el de "enfermer@s quemad@s", compuesto por aquellos sujetos que han elegido la respuesta 5 "pocas veces a la semana" o la 6 "todos los días", para el ítem MBI20 "me siento acabad@"; y el de "enfermer@s satisfech@s", formado por quienes tomaron como respuesta al citado ítem el valor 0 "nunca", o el 1 "pocas veces al año o menos".

Una de las ventajas del análisis discriminante es que realiza un estudio de la significación de las diferencias entre medias de los grupos para cada variable utilizando como estadístico de contraste la *lambda de Wilks*.

Es decir, realiza como primera aproximación un análisis de varianza, donde la variable independiente sería el grupo de pertenencia y la variable dependiente la medida correspondiente. Pero a diferencia de otras técnicas estadísticas, el análisis discriminante, tiene en cuenta la posible intercorrelación que pudiera existir entre variables.

Tal y como puede observarse en la tabla nº 18, anexo II, todas las variables utilizadas, a excepción del estrés diario total negativo, aportan, para un nivel de significación superior al 99%, diferencias significativas a los grupos.

Considerando conjuntamente los nueve factores, puede concluirse que, a la vista de los datos contenidos en la tabla nº 19, anexo II, para un nivel de significación del 95%, se rechaza la hipótesis nula de que los centros de los grupos (medias de las puntuaciones discriminantes de los grupos) son iguales. Es decir, la información que aportará la función discriminante a la hora de clasificar los casos será estadísticamente significativa al nivel 0,05.

Un indicador de la efectividad de la función discriminante es el porcentaje de casos clasificados correctamente. En esta ocasión, dicho índice se coloca en el 90,81%.

Quizá, para algunos autores, este porcentaje no sea suficientemente elevado. Deseamos recordar, no obstante, que el principal propósito de este análisis ha sido identificar la importancia relativa de cada factor en el sentimiento de "estar quemad@" o "satisfech@". En este sentido, la tabla nº 20, anexo II, en la que se muestran los coeficientes de correlación entre los valores de la función discriminante y los de cada variable, señala que

los dos factores que en mayor medida contribuyen a sentirse quemad@ son la despersonalización y la falta de control personal percibido.

En general, los datos muestran que el sentirse quemad@ está en relación directa con la despersonalización, el estrés diario total medio, el estrés diario total positivo, el cansancio emocional, la suerte y la indefensión; mientras que está inversamente relacionado con el control personal percibido y la realización personal.

2. 2. 7. Resultados del Análisis de Ecuaciones Estructurales.

La reflexión sobre el marco teórico en el que se desenvuelven la Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20), el Inventario Burnout de Maslach (MBI) y el Cuestionario de Estrés Diario (CED), unida al estudio y enjuiciamiento de los datos obtenidos en análisis previos de esta misma investigación, nos han sugerido la utilización del análisis de estructura de covarianza (también llamado análisis de ecuaciones estructurales con variables latentes) con objeto de examinar las relaciones que, a nuestro juicio, existen entre las variables contenidas en las escalas mencionadas.

Las razones por las cuales hemos elegido este tipo de análisis son fundamentalmente dos:

- 1.- Tolera poner a prueba de forma simultánea las relaciones propuestas entre las variables y permite una interpretación del modelo en términos de causalidad (Terry y O'Leary ,1995).

2.- Los análisis de estructura de covarianza con variables latentes se consideran preferibles respecto a análisis más tradicionales, dado que consideran los efectos perjudiciales del error de medida de las variables observadas. En vez de estimar las relaciones entre las variables observadas, el análisis de estructuras de covarianza utiliza variables latentes, o factores, libres de error de medida, lo que es posible gracias a la utilización de múltiples indicadores, o variables observadas, para cada variable (Byrne, 1989).

Otra peculiaridad interesante de este estudio es que una variable puede ser considerada a la vez como endógena (dependiente) y exógena (independiente), hecho que no es posible en otro tipo de análisis.

MODELO IE

El primer modelo especificado (ver Modelo IE, gráfico V) fue un modelo recursivo no saturado (sin efectos causales recíprocos y en el que no se han representado todos los efectos posibles). En él se postuló que el constructo éxito (E) podía servir como mediador de los constructos indefensión (I), contingencia (C) y autoeficacia (A), definidos como constructos exógenos, y la influencia que ejercen estos sobre las tres dimensiones del síndrome de burnout (despersonalización -D-, cansancio emocional -CE- y realización personal -RP-), que aparecen en el modelo como constructos endógenos. Además, se postuló que la indefensión podía influir directamente en el cansancio emocional y la despersonalización del sujeto; de la misma manera que la autoeficacia podía afectar a la despersonalización y la contingencia a la realización personal.

El modelo IE establece cinco relaciones causales más: la influencia del estrés diario (ES) sobre la realización personal y el cansancio emocional; la influencia del constructo endógeno realización personal sobre cansancio emocional y despersonalización; y por último, la influencia de la despersonalización sobre el cansancio emocional.

Para analizar este modelo se utilizaron dos indicadores de medida para cada constructo. En general, tanto para los constructos del MBI (cansancio emocional, realización personal y despersonalización) como para los del BEEGC-20 (suerte, indefensión, contingencia, autoeficacia y éxito), para obtener dichos indicadores se procedió de la siguiente manera: a) se ordenaron de forma creciente los ítems que teóricamente conforman cada constructo, según el número asignado a cada uno de ellos en la batería; b) la suma del valor de los ítems que ocupan un lugar impar, dentro de cada constructo, constituyeron el primer indicador de medida de dicho constructo, y c) la suma del valor de los ítems que ocupan, dentro de cada constructo, un lugar par constituyó el segundo indicador de medida de dicho constructo.

La excepción a esta regla fue hecha con los indicadores de medida del constructo autoeficacia. En este caso dichos indicadores fueron los ítems beegc10 y beegc18, quedando excluidos los ítems beegc02 y beegc14. El motivo de esta excepción se halla en que, en nuestra opinión, apuntada ya por Palenzuela (1992), los resultados del análisis de componentes principales confirman la idea de que los ítems beegc02 y beegc14, tal y como están formulados, han sido incorrectamente interpretados por l@s encuestad@s. Lo mismo podríamos decir del ítem beegc11, correspondiente al constructo contingencia, que tampoco se ha tenido en cuenta.

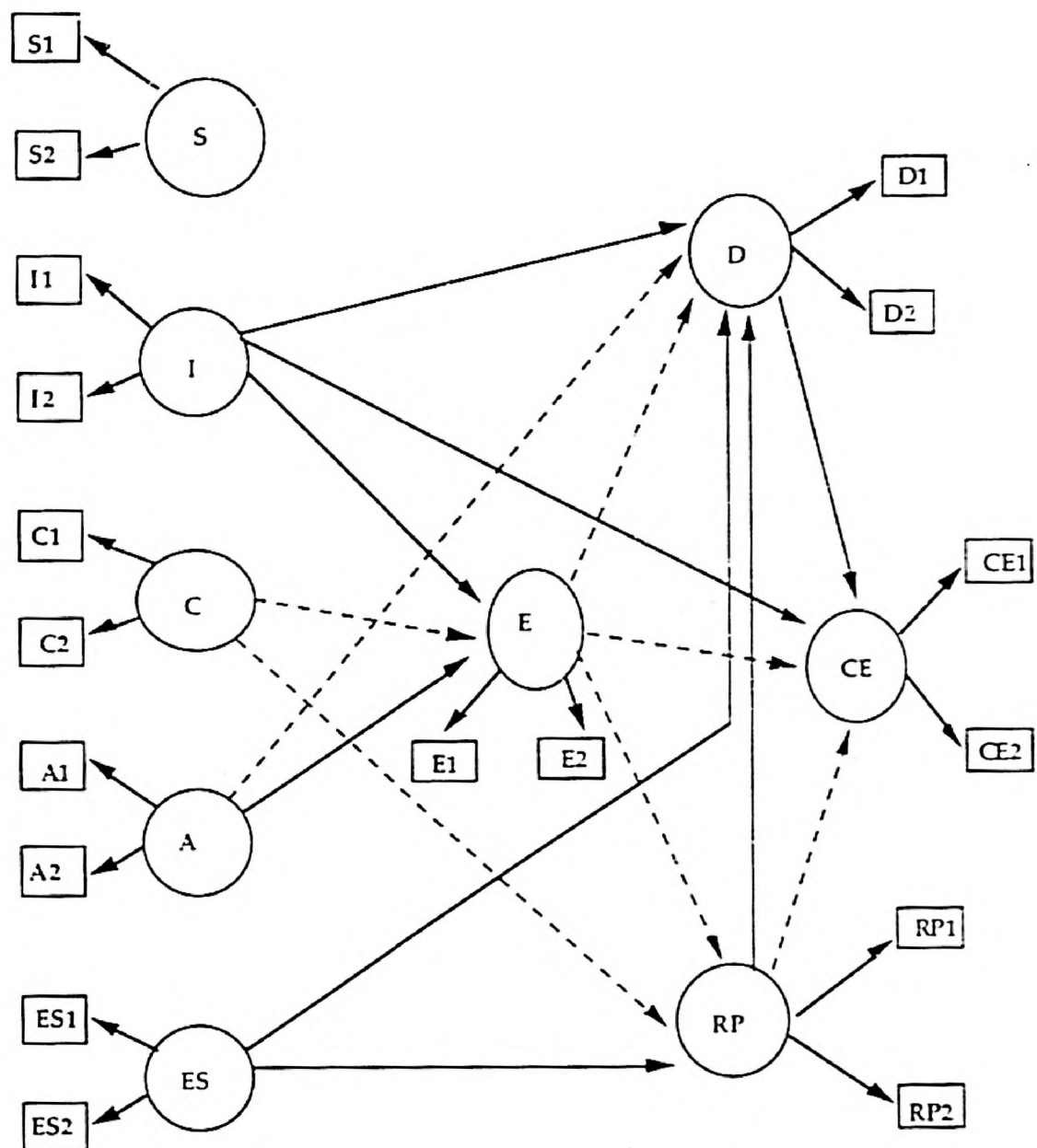


Gráfico V. Modelo IE. Diagrama de vías para los constructos que incluye el Beegc-20, el MBI y el CED. Muestra Enfermer@s. Las líneas discontinuas representan las relaciones que resultan no significativas en la solución.

Así, los indicadores de medida para cada constructo fueron: CE1 (MBI01, MBI03, MBI08, MBI14, MBI20); CE2 (MBI02, MBI06, MBI13, MBI16); D1 (MBI05, MBI11, MBI22); D2 (MBI10, MBI15); RP1 (MBI04, MBI09, MBI17, MBI19); RP2 (MBI07, MBI12, MBI18, MBI21); C1 (BEEGC01, BEEGC15), C2 (BEEGC06); I1 (BEEGC03, BEEGC12); I2 (BEEGC07, BEEGC16); S1 (BEEGC05, BEEGC13), S2 (BEEGC09, BEEGC20), A1 (BEEGC10); A2 (BEEGC18); E1 (BEEGC04, BEEGC17) y E2 (BEEGC08, BEEGC19)*.

Los indicadores de medida del constructo latente estrés diario fueron las variables estrés diario total positivo (Edtp) y estrés diario medio (Edm).

Para cada variable latente, uno de los indicadores de medida fue fijado en uno. Como puede observarse en la tabla nº 21, anexo II, todos los indicadores de medida utilizados en el modelo IE presentan coeficientes estandarizados (λ) suficientemente elevados, lo que indica que la forma en que se han evaluado estos constructos es satisfactoria. Además, el porcentaje de varianza explicada por cada indicador de medida, excepto para CE2, I2 y A1, es superior a 0,5, lo que indica, en general, la buena fiabilidad de las medidas utilizadas.

Todos los parámetros λ X, e Y, fueron significativos con t, superiores a 5,2. En cuanto a las estimaciones de parámetros para las relaciones postuladas, obtenidos para el modelo IE, indican que el éxito está determinado por la indefensión ($\gamma = -.193$, $t = -2,897$) y la autoeficacia ($\gamma = .592$, $t = 4,050$). Por otra parte, la despersonalización viene determinada por la indefensión ($\gamma = .324$, $t = 3,391$), el estrés diario ($\gamma = .490$, $t = 5,584$) y la realización personal ($\beta = -.316$, $t = -3,528$); la realización personal viene deter-

* Recordemos que la definición de cada uno de estos ítems puede verse en el anexo I.

minada por el estrés diario ($\gamma = -.149$, $t = -2,011$) y el cansancio emocional está influenciado por la indefensión ($\gamma = .331$, $t = 3,505$) y por la despersonalización ($\beta = .459$, $t = 3,371$).

No hay ningún efecto significativo entre la contingencia y el éxito ($\gamma = .260$, $t = 1,475$), la contingencia y la realización personal ($\gamma = .427$, $t = 1,911$), ni entre la autoeficacia y la despersonalización ($\gamma = -.094$, $t = -.443$). Además, parece no existir la acción mediadora, atribuida al éxito, entre las variables de personalidad del Beegc-20 y los factores del síndrome de estrés crónico laboral asistencial. Los coeficientes para cada una de las relaciones éxito-despersonalización, éxito-cansancio emocional y éxito-realización personal son, respectivamente: ($\beta = .049$, $t = .209$), ($\beta = .039$, $t = .346$) y ($\beta = .093$, $t = .485$). Tampoco es significativa la relación entre realización personal y cansancio emocional ($\beta = -.151$, $t = -1,227$).

Estos resultados señalan, por una parte, la importante influencia que ejerce la indefensión sobre el síndrome de burnout, y por otra el papel amortiguador que sobre dicho síndrome tiene el estrés diario.

Debemos tener en cuenta, sin embargo, que el modelo IE supone una primera aproximación al problema, y como tal puede ser susceptible de mejora. De hecho, aun cuando el coeficiente de determinación para las relaciones postuladas en dicho modelo es de 0,939, y los índices de bondad de ajuste global ($X^2(109) = 176,04$, $p = .000$; GFI = .920; AGFI = .875; RMSR = .049; $X^2 / gl = 1,61$) pueden considerarse aceptables; teniendo en cuenta el marco teórico, la información proporcionada por los índices de modificación (que indican hasta qué punto los parámetros que hemos fijado en

cero realmente no son significativamente diferentes de dicho valor) y las relaciones no significativas, realizamos progresivos ajustes en este modelo. El resultado de dichos ajustes es el modelo IIE

MODELO IIE

En él postulamos que el éxito es una variable mediadora de la relación entre la indefensión y la autoeficacia sobre las variables del burnout cansancio emocional y despersonalización. Este modelo establece una relación causal directa entre la indefensión y el cansancio emocional, así como entre la contingencia y la realización personal. Además, postula relaciones causales entre el estrés diario y la realización personal; entre el estrés diario y la despersonalización; así como la influencia directa de la realización personal sobre la despersonalización y el cansancio emocional, y la influencia de éste sobre la despersonalización (ver gráfico VI).

Para analizar este modelo se utilizaron los mismos indicadores de medida, para cada constructo, que en el modelo IE. Sin embargo, para el constructo contingencia se incorporó, además, el indicador I2; para el constructo estrés diario se añadió el I1, y para medir el constructo despersonalización se adicionó el indicador de medida CE2.

Para cada variable latente, uno de los indicadores de medida fue fijado en uno. Como puede observarse en la tabla nº 21, anexo II, todos los indicadores de medida presentan coeficientes estandarizados (λ) superiores a 0,690, lo que corrobora que la forma en que se han evaluado estos constructos es satisfactoria. Por otra parte, el porcentaje de varianza explicada, asociado a cada indicador de medida, excepto para A1, es supe-

rior a 0,5, lo que muestra, en general, la buena fiabilidad de los medidores utilizados.

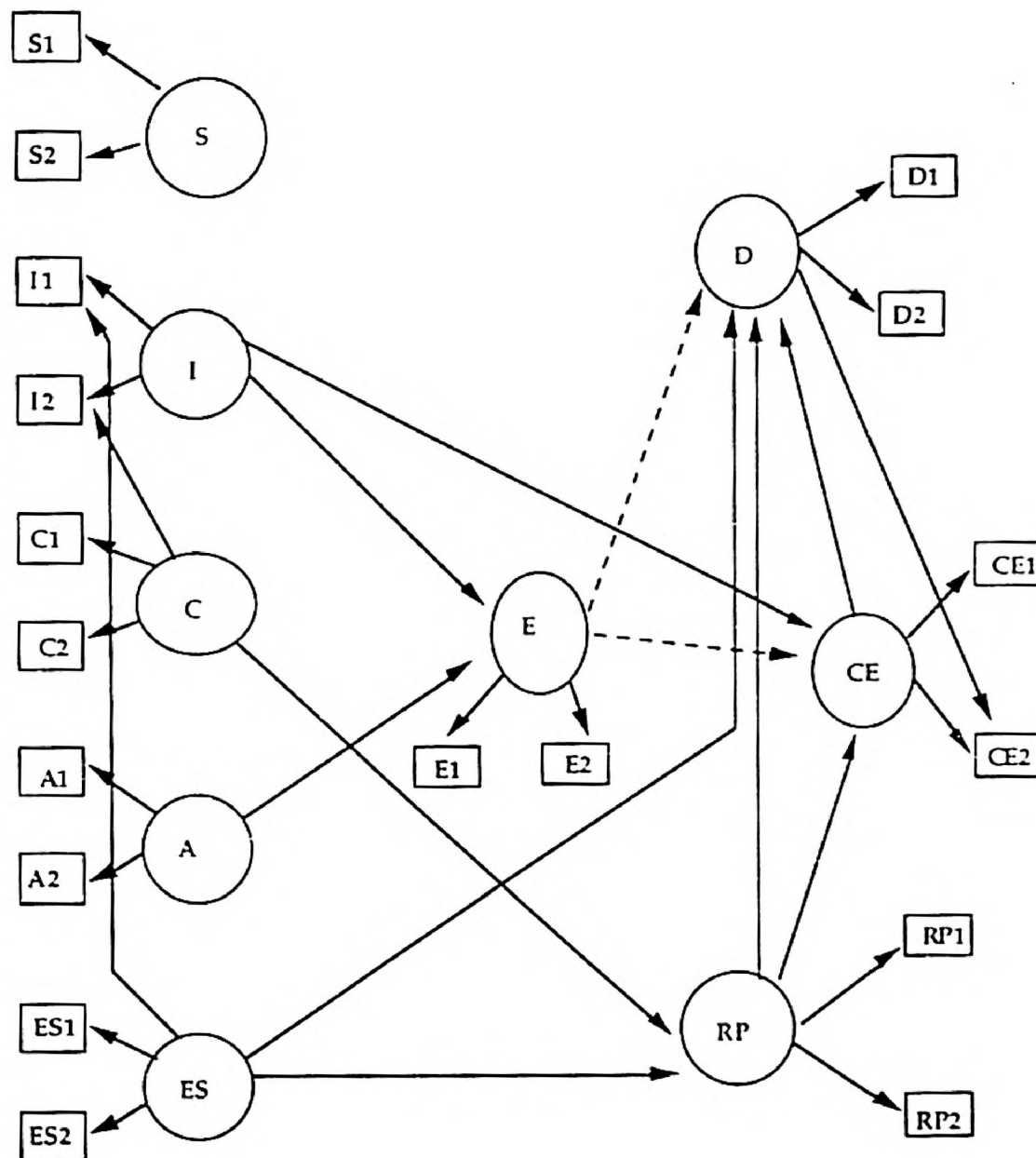


Gráfico VI. Modelo IIE. Diagrama de vías para los constructos que incluye la Beegc-20, el MBI y el CED. Muestra Enfermer@s. Las líneas discontinuas representan las relaciones que resultan no significativas en la solución.

El coeficiente de determinación total para las ecuaciones estructurales se situó, para el modelo IIE, en ,957 y los índices de bondad de ajuste global del modelo fueron: $X^2(111) = 154,83$, $p = ,004$; GFI = ,929; AGFI = ,891; RMSR = ,042; $X^2 / gl = 1,39$.

Todos los parámetros λ_{X_i} e λ_{Y_i} fueron significativos con t , superiores a 5,2, excepto para el parámetro λ_{Y_i} CE2 (correspondiente al constructo latente despersonalización), y los parámetros λ_{X_i} I1 y λ_{X_i} I2 (para los constructos latentes estrés diario y contingencia, respectivamente), cuyos valores t fueron cercanos a $|3,0|$.

Las estimaciones de los parámetros para las relaciones hipotetizadas (ver gráfico VII) muestran que la relación indefensión-éxito es significativa ($\gamma = -,326$, $t = -4,637$), al igual que lo es la relación autoeficacia-éxito ($\gamma = ,703$, $t = 8,896$). Por otra parte, la despersonalización está determinada por el estrés diario ($\gamma = ,372$, $t = 5,796$), la realización personal ($\beta = -,200$, $t = -2,543$) y el cansancio emocional ($\beta = ,564$, $t = 5,391$); la realización personal por la contingencia ($\gamma = ,522$, $t = 5,676$) y el estrés diario ($\gamma = -,149$, $t = -2,027$); y el cansancio emocional por la indefensión ($\gamma = ,448$, $t = 3,913$) y la realización personal ($\beta = -,275$, $t = -2,993$). El coeficiente de la relación éxito-cansancio emocional ($\beta = -,024$) no fue significativo ($t = -,221$), y tampoco lo fue el de la relación éxito-despersonalización ($\beta = -,080$, $t = -1,262$).

Las correlaciones entre las variables exógenas (coeficientes Phi en la terminología del LISREL), exceptuando las que se refieren a estrés diario-

suerte y estrés diario-indefensión, son todas significativas y bastante elevadas (ver anexo II, tabla nº 22). Estas relaciones, en orden a conseguir una mayor simplificación, han sido eliminadas del gráfico VII.

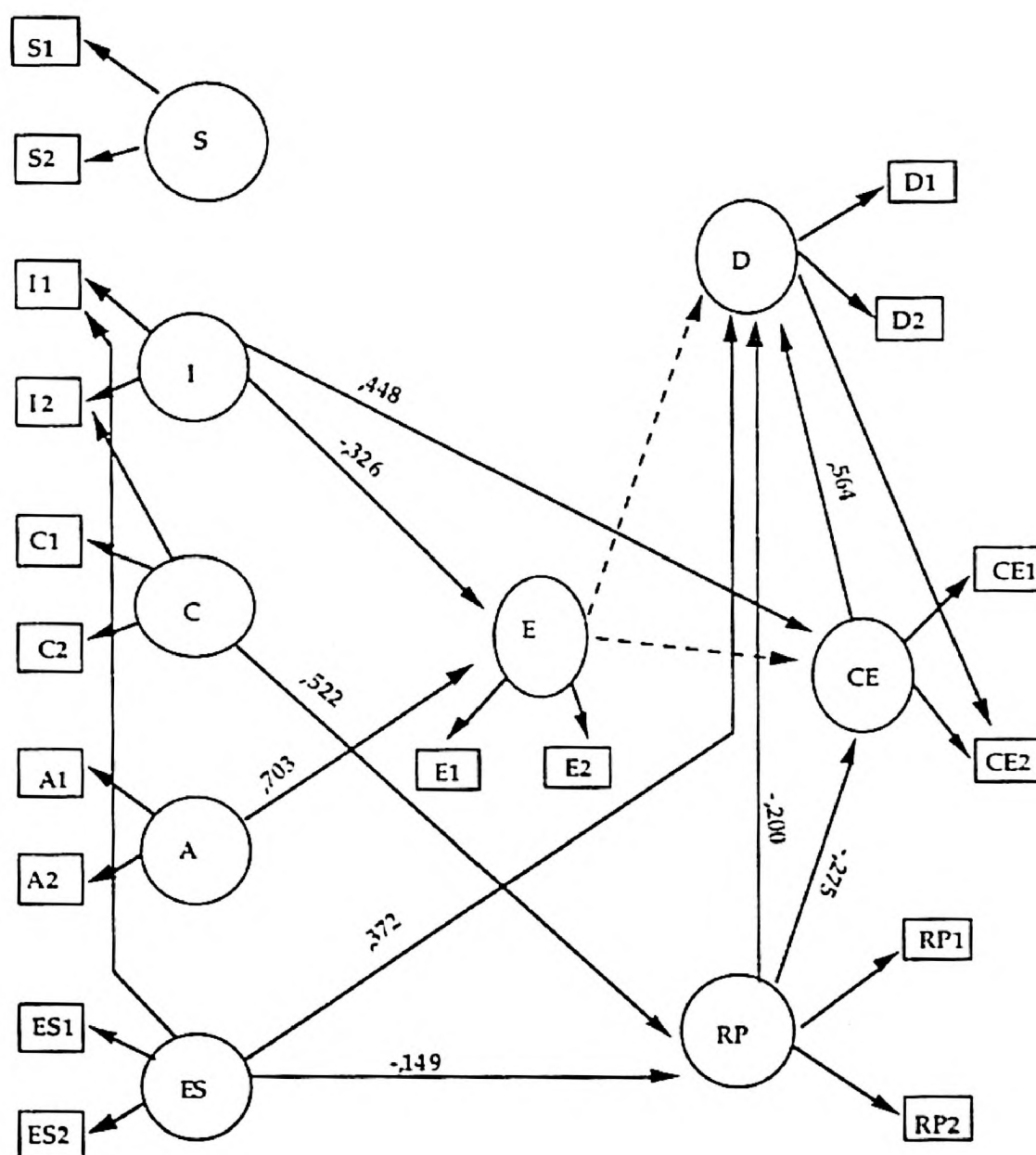


Gráfico VII. Solución del modelo IIE de ecuaciones estructurales. Muestra de enfermer@s. Las líneas discontinuas representan las relaciones no significativas.

Estos resultados indican, en primer lugar, la significatividad de los constructos de personalidad del Beegc-20 para determinar el grado de estrés crónico laboral asistencial; en segundo lugar, el estrés diario parece mostrarse como un elemento amortiguador en los síntomas de dicho síndrome; y en tercero, que la última fase en el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo parece ser la despersonalización.

Más concretamente, podemos decir que, debido a la alta correlación existente entre ellos, los cinco constructos de personalidad que mide el Beegc-20 (suerte, indefensión, contingencia, autoeficacia y éxito) influyen directa o indirectamente en las tres fases del desarrollo del síndrome de burnout.

Cabe destacar, sin embargo, el poderoso efecto ejercido por la indefensión sobre el cansancio emocional y el de la contingencia sobre la realización personal. En nuestra opinión, estas dos variables de personalidad actúan como catalizador en el desencadenamiento y evolución del síndrome de burnout.

Por otra parte, debemos señalar que la variable éxito no cumple el papel mediador que le habíamos atribuido en las relaciones entre los constructos de personalidad y los del MBI.

El estrés diario influye positivamente en la despersonalización y negativamente en la realización personal. Como ésta, a su vez, guarda una relación directa y negativa tanto con la despersonalización como con el cansancio emocional, es posible afirmar que el estrés diario, en cierto sentido, amortigua o suaviza los efectos nocivos del síndrome de estar que-

mado por el trabajo. Esto es, el estrés diario puede considerarse un elemento amortiguador en el síndrome de burnout.

En cuanto a las implicaciones de estos resultados en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, los datos parecen confirmar la tesis, defendida por Gil-Monte y colaboradores (1995), de que el proceso de evolución del síndrome de quemarse por el trabajo se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo (que están directamente influenciados por el grado de contingencia del sujeto) y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional (influenciados directamente por el grado de indefensión del sujeto y su propia realización personal, e indirectamente por los niveles de confianza en la suerte, contingencia, autoeficacia y estrés diario). Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales (en este caso l@s enfermer@s) como una forma de tratar con los estresores del entorno laboral.

Entre los estudios que abordan el síndrome de quemase desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias en cuanto al orden secuencial en que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (despersonalización, cansancio emocional y realización personal).

Aunque en nuestro modelo IIE, como hemos señalado, parece clara la secuencia del progreso del síndrome de burnout a través de los diferentes síntomas, con objeto de comprobar si el último de dichos síntomas es, como proponen algunos autores (Golembiewski y col, 1983), el agotamiento emocional, planteamos un tercer modelo (modelo IIIE) de ecuaciones estructurales.

MODELO IIIE

El modelo IIIE (ver gráfico VIII) es idéntico al modelo IIE, con la única excepción de que ahora postulamos la influencia de la despersonalización en el cansancio emocional y no al revés.

El coeficiente de determinación total para las ecuaciones estructurales de este modelo tomo un valor de ,945, y los índices de bondad de ajuste global del modelo fueron: $X^2(111) = 171,869$, $p < ,001$; GFI = ,922; AGFI = ,880; RMSR = ,047; $X^2/df = 1,54$.

Todos los parámetros lambda X_i e Y_i fueron significativos con t_i superiores a 5,8, excepto para el parámetro lambda Y_i CE2 (correspondiente al constructo latente despersonalización), y los parámetros lambda X_i I1 y X_i I2 (para los constructos latentes estrés diario y contingencia, respectivamente), cuyos valores t fueron, respectivamente, -2,483, 3,946 y 2,153.

Respecto a las estimaciones de los parámetros para las relaciones hipotetizadas cabe destacar que existen únicamente dos diferencias importantes respecto del modelo IIE. La primera de ellas es que la relación realización personal-cansancio emocional deja de ser significativa ($\beta = ,020$, $t = ,234$), y la segunda, que la influencia del éxito sobre la despersonalización se vuelve significativa ($\beta = -,281$, $t = -3,893$), como también es significativa la relación que motivo el planteamiento de este modelo: la influencia de la despersonalización en el cansancio emocional ($\beta = ,667$, $t = 5,237$).

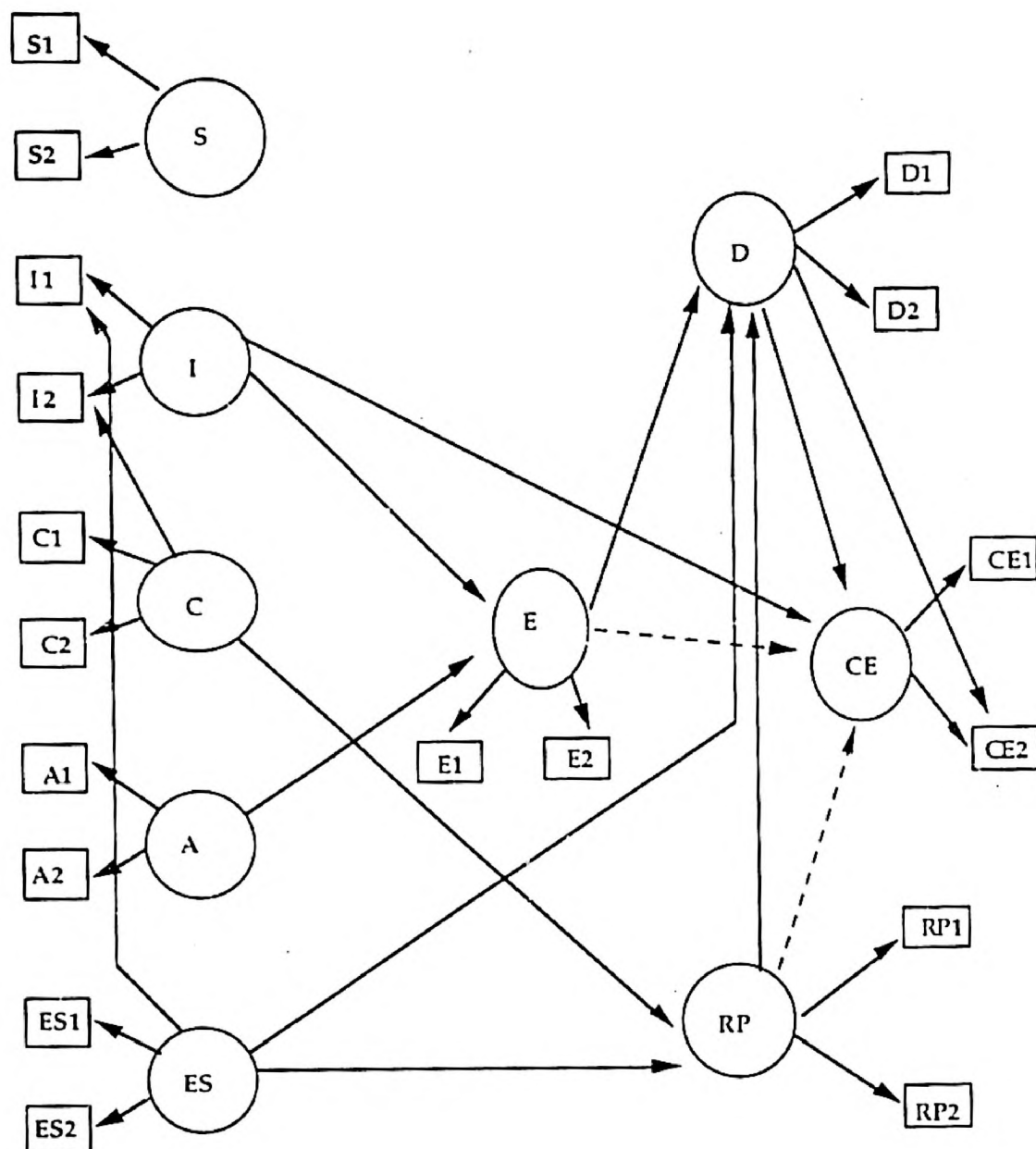


Gráfico VIII. Modelo IIIE. Diagrama de vías para los constructos que incluye la Beegc-20, el MBI y el CED. Muestra Enfermer@s. Las líneas discontinuas representan las relaciones que resultan no significativas en la solución.

En cuanto a los índices de modificación proporcionados por el LISREL, cabe señalar que aparece uno cuyo valor es superior a seis (valor a

partir del cual suele recomendarse dejar libre el parámetro fijado - Bisquerra, 1989-). Dicho índice, que toma el valor 19,09, corresponde al elemento (3,2) de la matriz Beta, que se refiere a la relación cansancio emocional-despersonalización.

Lo anterior sugiere que el parámetro correspondiente a la influencia del cansancio emocional en la despersonalización, fijado en cero, es significativamente diferente de dicho valor. Es decir, nos está indicando la influencia del cansancio emocional en la despersonalización.

MODELO IVE

Avanzando un paso más, hacia un modelo más completo que los anteriores, planteamos un nuevo modelo (el modelo IVE) en el cual se postula la influencia recíproca entre cansancio emocional y despersonalización (ver gráfico IX).

El modelo IVE utiliza los mismos indicadores de medida que el modelo IIIIE. Para cada variable latente, uno de dichos indicadores fue fijado en uno. En esta ocasión, como era de esperar (ver tabla nº 21, anexo II), todos ellos presentan en la solución coeficientes estandarizados lambda superiores a 0,68, y el porcentaje de varianza explicada asociado a cada indicador de medida, excepto par A1, es superior a 0,5.

El coeficiente de determinación total para las ecuaciones estructurales del modelo IVE es de ,973 y los indicadores de ajuste global del modelo son: $X^2(110) = 151,59$, $p = ,005$; GFI = ,930; AGFI = ,892; RMSR = ,041; $X^2 / gl = 1,38$.

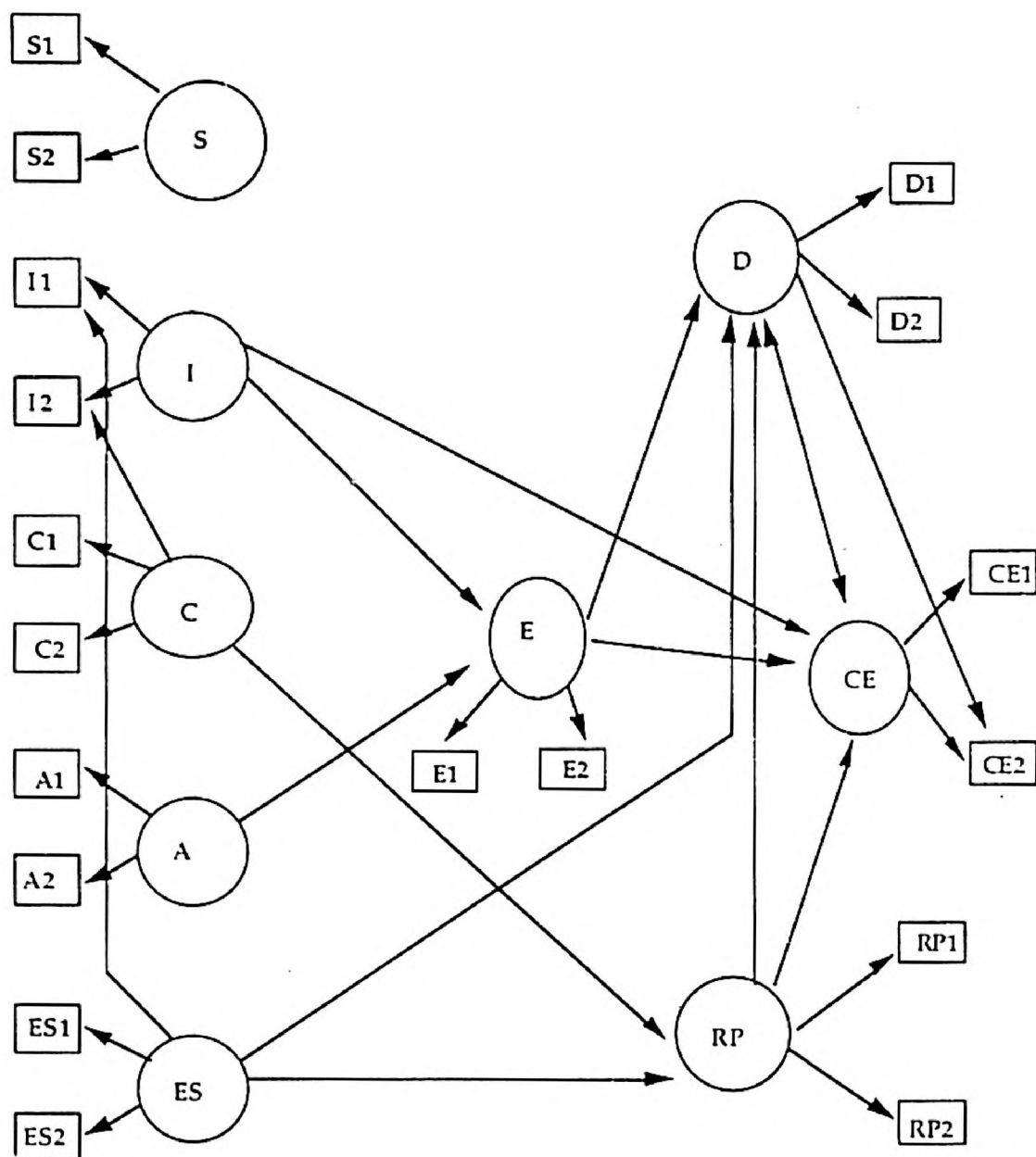


Gráfico IX. Modelo IVE. Diagrama de vías para los constructos que incluyen la Beegc-20, el MBI y el CED. Muestra Enfermer@s.

Todos los parámetros λ_X e λ_Y fueron significativos con t , superiores a 5,8, excepto para el parámetro λ_Y , CE2 (correspondiente al constructo latente despersonalización), y los parámetros λ_X , I1 y

X, 12 (para los constructos latentes estrés diario y contingencia, respectivamente), cuyos valores t fueron cercanos a 3,0.

Las estimaciones de los parámetros para las relaciones postuladas (ver gráfico nº X) muestran que el éxito está afectado por la indefensión ($\gamma = -.322$, $t = -4,636$) y la autoeficacia ($\gamma = ,771$, $t = 9,072$); la realización personal está influenciada por el estrés diario ($\gamma = -.144$, $t = -2,065$) y la contingencia ($\gamma = ,518$, $t = 5,669$); la despersonalización está influenciada por el estrés diario ($\gamma = ,339$, $t = 5,351$), la realización personal ($\beta = -.215$, $t = -3,008$) y el cansancio emocional ($\beta = ,530$, $t = 4,972$); y éste viene determinado por la despersonalización ($\beta = ,346$, $t = 2,155$) y la indefensión ($\gamma = ,361$, $t = 3,480$).

Los parámetros, y su correspondiente significatividad, para las relaciones éxito-cansancio emocional, éxito-despersonalización y realización personal-cansancio emocional fueron, respectivamente: ($\beta = .028$, $t = ,329$), ($\beta = -.100$, $t = -1,679$) y ($\beta = -.126$, $t = -1,383$).

Como puede observarse en la tabla nº 23, anexo II, las correlaciones entre las variables exógenas (coeficientes Phi), exceptuando las que se refieren a estrés diario-suerte y estrés diario-indefensión, son todas significativas y bastante elevadas. Estas relaciones, en orden a conseguir una mayor simplificación, han sido eliminadas del gráfico X.

En cuanto a los índices de modificación, debemos señalar que para este modelo IVE ninguno toma un valor superior a 5,5.

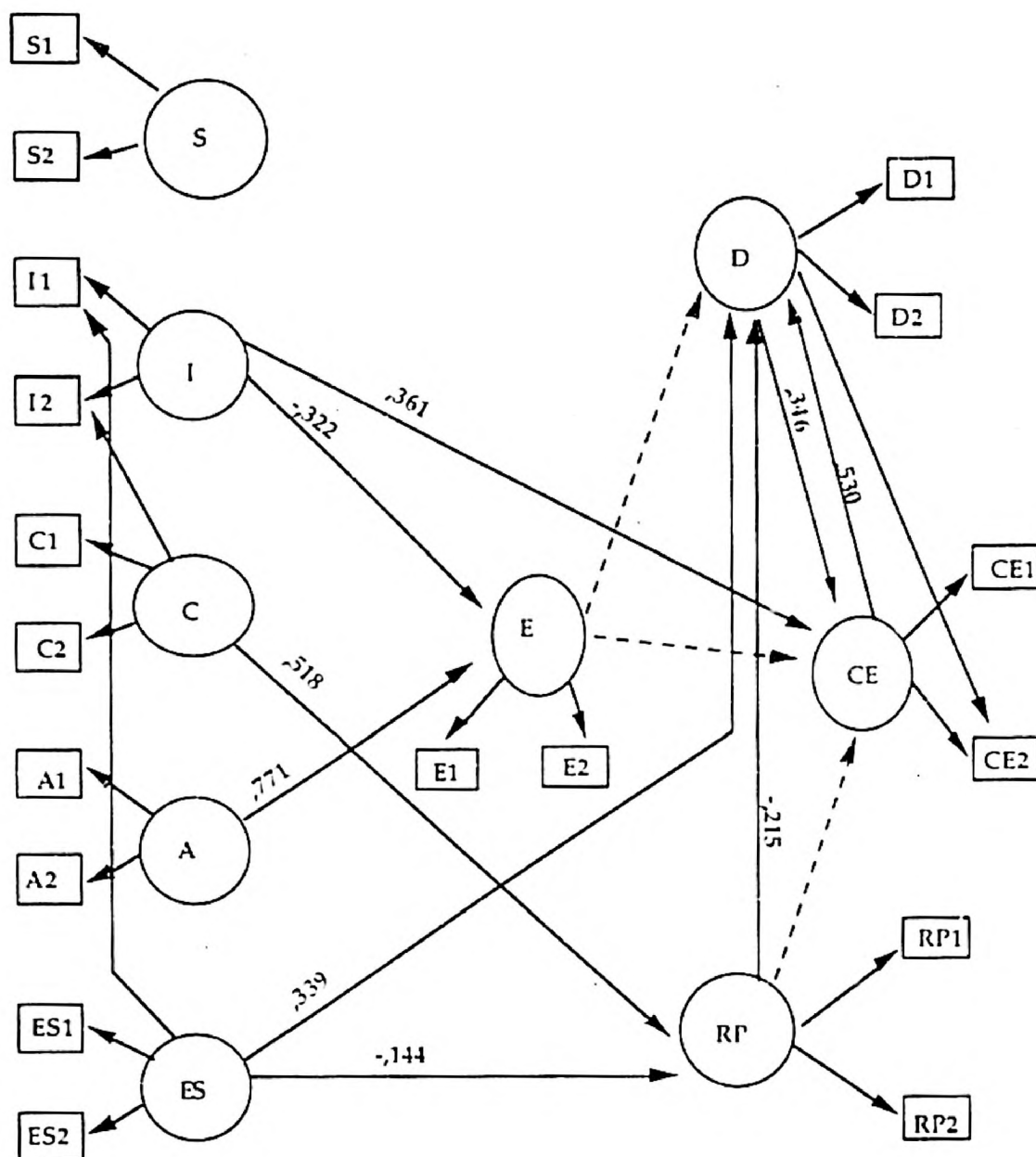


Gráfico X. Solución del modelo IVE de ecuaciones estructurales. Muestra Enfermer@s. Las líneas discontinuas representan las relaciones no significativas.

Estos resultados confirman, una vez más, el importante papel que juegan las variables de personalidad del Beegc-20, en especial la indefen-

sión y la contingencia, en el desencadenamiento y desarrollo del síndrome de estrés crónico laboral asistencial.

Además, este modelo IVE reafirma el papel de elemento amortiguador que hemos asignado al estrés diario en relación al desarrollo del proceso del síndrome de quemarse por el trabajo.

Por otra parte, el modelo IVE, coherente con el marco teórico y, desde el punto de vista estadístico, el más adecuado entre los planteados, avala la tesis de que en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo los bajos sentimientos de realización personal surgen como respuesta inicial del sujeto a los estresores del entorno laboral; respuesta que va a depender directamente en grado e intensidad del nivel de contingencia y estrés diario que posee el sujeto, e indirectamente de la autoeficacia, la indefensión y la confianza en la suerte. Cuando los bajos sentimientos de realización personal aumentan en intensidad y se hacen crónicos, l@s enfermer@s desarrollan actitudes de despersonalización y muestran altos sentimientos de agotamiento emocional.

En nuestra opinión, y aunque la influencia del cansancio emocional sobre la despersonalización parece mayor a la ejercida por ésta sobre aquél, el alto grado de correlación entre estas dos variables ($r=.836$) hace difícil discernir claramente cual de los dos síntomas (despersonalización o cansancio emocional) es el último en la fase del proceso de desarrollo del burnout. Creemos que no es descabellado proponer que ambos pueden mostrarse a la vez, e incluso alternativamente. La rapidez de su aparición y su importancia relativa van a depender, sin duda, del grado de indefensión mostrado por el sujeto (que a su vez está muy correlacionado con el grado de contingencia y de confianza en la suerte).

3.- MUESTRA DE SECRETARI@S

3.1.- MÉTODO

3.1.1. Sujetos

La muestra de secretari@s la componen cien personas: 61 mujeres y 39 varones. La edad media es de 36,64 años (d.t. 7,3). Un total de 70 sujetos (74,46% de quienes indicaron su edad) tienen menos de 40 años y 24 sujetos (25,54%) tienen más de esa edad.

Un 46,51% de los individuos de la muestra está soltero, frente a un 53,48% de casados. La media de hijos es de 1,81 (d.t. 0,63), siendo el mínimo de hijos uno y el máximo tres.

Un 50,72% del total de la muestra posee bachiller superior y un 49,28% son licenciados. El 65,62% es fijo en el empleo, frente a un 34,38% que es contratado.

El tiempo medio en su actual trabajo es de 6,53 años (d.t. 5,01). El tiempo medio en esta profesión es de 9,85 años (d.t. 5,22).

El 50% de los sujetos encuestados prestan sus servicios en la Ecma. Diputación Foral de Vizcaya, un 25% en la Universidad del País Vasco y el resto en el Gobierno Vasco.

A pesar de la dificultad para llegar a un colectivo mayor de secretari@s, cabe destacar que todas las personas a quienes se les entregó el cuestionario lo devolvieron debidamente cumplimentado.

3. 1. 2. Instrumentos y Pruebas

El material entregado a este colectivo fue idéntico al utilizado con las enfermer@s. Es decir, cada sujeto recibió cuatro cuestionarios (variables sociodemográficas, MBI, BEEGC-20 y CED) junto con las instrucciones para su correcta cumplimentación y la correspondiente carta explicativa del objetivo de la investigación, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos. Cabe destacar, sin embargo, que para este colectivo en el test del MBI se sustituyó el vocablo "paciente" por el de "usuario".

3. 1. 3. Procedimiento

El procedimiento fue similar que con el personal de enfermería. El propio responsable del personal de cada organismo público reunió a todos los participantes voluntarios un día determinado, a una hora concreta, y los tests fueron hechos en el momento (30 minutos aproximadamente) bajo la supervisión del propio investigador. Este hecho permitió aclarar dudas y formular ciertas preguntas en relación al objeto y finalidad de dicha investigación. Creemos que esta situación facilitó en cierta medida el buen desarrollo del proceso de obtención de datos, así como la alta tasa de respuesta.

También ofrecimos la posibilidad de un informe detallado de los resultados a quienes estuviesen interesados en conocerlos.

3. 1. 4. Pruebas estadísticas

Con objeto de comprender mejor las relaciones entre las variables de los diferentes tests, así como las posibles correlaciones entre variables pertenecientes a tests distintos, realizamos con los datos obtenidos los mismos análisis estadísticos que en el colectivo de enfermer@s.

3. 2.- RESULTADOS

3. 2. 1. Resultados para el inventario "burnout" de Maslach (MBI)

La tabla nº 22 recoge la media y desviación típica de los valores de las respuestas a cada uno de los 22 ítems. La distribución de las contestaciones de los sujetos en las siete alternativas (0 a 6) de respuesta puede observarse en el anexo III, tabla nº 1.

Del estudio de las citadas tablas hemos deducido lo siguiente:

- a.- Nos encontramos con un grupo de variables (MBI02 "me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo", MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten l@s usuari@s", MBI09 "creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás", MBI14 "creo que estoy trabajando demasiado", MBI17 "fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis usuari@s", MBI18 "me siento estimulad@ después de trabajar en contacto con mis usuari@s", MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión" y MBI21 "en mi trabajo trato los proble-

mas emocionales con mucha calma") que se agrupan en torno a una media de 3,45 y una desviación típica de 2,06.

De lo anterior podemos deducir que el grupo de secretari@s parece presentar, en general, una aceptable realización personal. Esto permite afirmar que no están quemad@s por su trabajo; tienen cierto cansancio emocional que no interfiere en la buena dinámica de su profesión.

mbi 01	mbi 02	mbi 03	mbi 04	mbi 05	mbi 06	mbi 07	mbi 08	mbi 09	mbi 10	mbi 11	
2,65	3,7	2,84	3,979	1,96	2,92	4,3	2,79	3,46	2,09	2,26	m.
1,748	1,714	1,733	2,035	2,173	2,092	2,032	2,142	2,185	2,156	2,144	d.t.
mbi 12	mbi 13	mbi 14	mbi 15	mbi 16	mbi 17	mbi 18	mbi 19	mbi 20	mbi 21	mbi 22	
4	2,555	3,141	2,67	2,26	3,61	3,42	3,030	1,68	3,323	2,49	m.
2,098	2,308	2,236	2,365	2,018	1,901	2,170	2,062	2,173	2,253	2,124	d.t.

Tabla nº 22. Media (m.) y desviación típica (d.t.) para cada una de las respuestas a los 22 ítems del test MBI. Muestra secretari@s

- b.- Por encima del valor medio de las posibles alternativas, están los ítems MBI07 "trato muy eficazmente los problemas de los usuari@s" y MBI12 "me siento muy activ@". Este resultado permite reafirmarnos en lo dicho anteriormente: el colectivo de secretarias parece sentirse realizado personalmente, en cierta medida.

c.- Los ítems MBI01 "me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo", MBI03 "me siento fatigad@ cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo", MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo", MBI08 "me siento quemad@ por mi trabajo", MBI10 "me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión", MBI11 "me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente", MBI13 "me siento frustrad@ en mi trabajo", MBI15 "no me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos de mis usuarios", MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés" y MBI22 "creo que los usuarios me culpan de algunos de sus problemas" presentan una media cercana al 2,55 y una desviación típica que varía entre 1,71 y 2,36.

Los datos anteriores parecen darnos a entender que el colectivo de secretari@s presenta cierto cansancio emocional y despersonalización. Tal vez esto sea debido al modo en cómo se dirige la organización del centro y a cómo se distribuye la sobrecarga de tareas.

Si estos dos factores persisten en el tiempo, posiblemente se podría llegar a lo que se ha dado en llamar el síndrome del estrés crónico laboral asistencial. Sin embargo, debemos ser cautos en esta interpretación. Observemos que las desviaciones típicas son muy cercanas a la media, lo cual indica una gran dispersión de los datos y dificulta en gran medida su interpretación.

3. 2. 1. a. Resultados del Análisis Convergente-Divergente

Tras analizar la información contenida en la tabla de distribución de respuestas, nuestro trabajo se centró en comprobar si era posible agrupar los ítems en torno a tres factores, de idéntica manera a la propuesta por el manual del MBI. Por consiguiente, y siguiendo el mismo procedimiento utilizado en el estudio de l@s enfermer@s, realizamos un análisis convergente-divergente de los datos muestrales.

El resultado de dicho análisis se presentan en la tabla nº 23. De su observación podemos extraer las siguientes consideraciones:

- a) Los ítems MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés" y MBI20 "me siento acabad@", que según la teoría deberían presentar su más alta correlación con los ítems de la subescala I (cansancio emocional), lo hacen con los de la subescala II (despersonalización).
- b) Los ítems MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo" y MBI14 "creo que estoy trabajando demasiado" presentan correlaciones estadísticamente no significativas con cada uno de los tres factores, impidiendo la interpretación sobre la subescala a la cual pertenecen.
- c) Los ítems MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten los usuarios", MBI12 "me siento muy activ@" y MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión" presentan, tal y como propugna la teoría, correlación positiva con el factor III (realización personal) y negativa con los otros dos factores. Sin

embargo, hemos de observar que la correlación de estos ítems con el segundo factor, en términos absolutos, es mayor que la presentada con el factor III. Esto parece significar que aún cuando estos ítems forman parte del factor "realización personal", explican, en mayor medida, la falta de despersonalización.

	I	II	III
1	0,6546	0,2141	-0,2325
2	0,4197	0,1028*	0,0406*
3	0,5587	0,3450	-0,2726
6	0,1547*	0,1507*	0,1044*
8	0,5950	0,3103	-0,3084
13	0,4739	0,3211	-0,2391
14	0,1839*	0,0993*	0,0158*
16	0,3606	0,3663	0,2487
20	0,3300	0,4880	-0,3791
5	0,2342	0,5158	-0,3462
10	0,3063	0,5200	-0,3857
11	0,3764	0,4441	-0,2782
15	0,2390	0,6768	-0,4659
22	0,4185	0,4327	-0,2689
4	-0,1139*	-0,3883	0,2692
7	-0,2120	-0,3146	0,3714
9	-0,1581*	-0,2148	0,3820
12	-0,2025	-0,4028	0,3789
17	-0,1211*	-0,1850*	0,3076
18	-0,1970*	-0,3787	0,4338
19	-0,2725	-0,5364	0,3645
21	-0,0601*	-0,2192	0,2987

Tabla nº 23. Correlaciones entre cada ítem y las subescalas del MBI. (*) significa que el coeficiente de correlación entre los valores de las variables es estadísticamente no significativo. Muestra secretari@s.

La no coincidencia de nuestros resultados con los que propone la teoría parece indicarnos que, para este colectivo, algunas de las variables han sido entendidas de manera diferente a la señalada en el marco teórico; lo cual puede conducir a que se agrupen de forma ligeramente diferente. Con objeto de comprobar este hecho, nuestro siguiente paso consistió en realizar un análisis de componentes principales.

3. 2. 1. b. Resultados del Análisis Factorial de Componentes Principales

Construida la matriz original (variables/individuos) y después de comprobar que cumplía las características necesarias para ejecutar un análisis factorial (ver anexo III, tabla nº 2) se procedió a realizar éste.

Al igual que hicimos con el colectivo de enfermer@s, y aunque los datos muestran la necesidad de conservar los siete primeros factores (ver anexo III, tabla nº 3), siguiendo el manual del MBI (Maslach y Jackson, 1986) hemos optado por tener en consideración únicamente los tres primeros factores. Estos, en conjunto, explican el 40,7% de la variabilidad total de la muestra.

De la observación de la matriz factorial rotada (ver tabla nº 24) pueden extraerse las siguientes consideraciones:

En general se confirman las agrupaciones propuestas por el manual del MBI, a excepción de:

- a) Las variables MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés" y MBI20 "me siento acabado".

En nuestro estudio ambas variables parecen pertenecer a la subescala despersonalización, mientras que en el manual del MBI se agrupan en la subescala cansancio emocional.

En relación al ítem MBI16 cabe destacar que en nuestro estudio, además de tener una puntuación factorial de 0,43534 en la subescala despersonalización, también presenta una saturación de 0,36219 en la subescala cansancio emocional.

Realmente entre estos dos factores o subescalas existe una gran interconexión, que dificulta la separación de ambos. Este hecho ha sido corroborado por múltiples estudios, entre los que cabe destacar los siguientes: Filgueira, Martín. y San Martín (1994); Moreno-Jiménez y Peñacoba (1996); García Izquierdo (1991); García Izquierdo y colaboradores (1994); Gil-Monte y colaboradores (1993).

Por lo que respecta al ítem MBI20 "me siento acabad@", aunque únicamente presenta saturación significativa y positiva en la subescala despersonalización, podrían ser válidos los mismos argumentos mencionados para el ítem MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés".

Tal vez, el hecho de que las citadas variables se sitúen en la subescala despersonalización se deba a que tanto en las profesiones de secretari@ como la de enfermer@ los trabajador@s se ven sometid@s a una gran exigencia en relación a los pacientes o clientes, lo cual les acarrea una mayor despersonalización unido a un gran cansancio emocional.

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
MBI10	0,71674		
MBI11	0,62624		
MBI05	0,60369		
MBI15	0,56345		-0,31058
MBI04	-0,54938		
MBI22	0,54754	0,35784	
MBI20	0,54390		
MBI12	-0,51482		0,32275
MBI16	0,43534	0,36219	
MBI21	-0,30393		0,28219
MBI01		0,81923	
MBI03		0,72191	
MBI02		0,71179	
MBI08		0,66425	
MBI13		0,62317	-0,33472
MBI14		0,35611	0,30445
MBI19		-0,26871	0,60461
MBI06	0,27607		0,56894
MBI17			0,50831
MBI18	-0,35792		0,46080
MBI09	-0,27406		0,42639
MBI07	-0,34384		0,39262

Tabla nº 24. Saturaciones de las variables sobre los tres primeros factores del MBI. Solución rotada (rotación varimax). Muestra secretari@s.

- b) En relación al ítem MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo" nos gustaría hacer la siguiente reflexión: viendo la matriz factorial rotada parece que debe situarse en la escala de realización personal (factor tres). Sin embargo, si observamos las puntuaciones factoriales del resto de las variables que conforman esta subescala (MBI19 "he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión", MBI17 "fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis usuarios", MBI18 "me siento estimulad@ después de trabajar en contacto con mis usuarios", MBI09 "creo que estoy influ-

yendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás", MBI07 "trato muy eficazmente los problemas de los usuarios", MBI04 "fácilmente comprendo como se sienten los usuarios", MBI12 "me siento muy activ@" y MBI22 "creo que los usuarios me culpan de algunos de sus problemas") vemos que todas presentan saturaciones nulas o negativas en el primer factor; mientras que la variable MBI06 tiene en dicho factor una saturación positiva. De ello puede deducirse que MBI06 no comparte las mismas características que el resto de las variables mencionadas, lo cual significa que no debe ser agrupada junto a ellas.

3. 2. 1. c. Resultados del Análisis Cluster de Variables

El análisis de componentes principales nos ha mostrado ciertas agrupaciones de variables que nos gustaría confirmar. Para ello realizamos un análisis cluster de las veintidós variables consideradas en el test del MBI, por el método de jerarquización en forma aglomerativa, y empleando la distancia euclídea.

Los resultados de dicho análisis, expuestos en forma de dendograma (ver gráfico XI), nos sugieren los siguientes comentarios:

- 1.- Si considerásemos únicamente dos agrupaciones, éstas serían por un lado todas las variables incluidas en el Factor III del MBI "realización personal", y por otro todas las variables contenidas en los factores I y II del MBI, denominados respectivamente "despersonalización" y "cansancio emocional"; resultados totalmente concordante con la teoría.

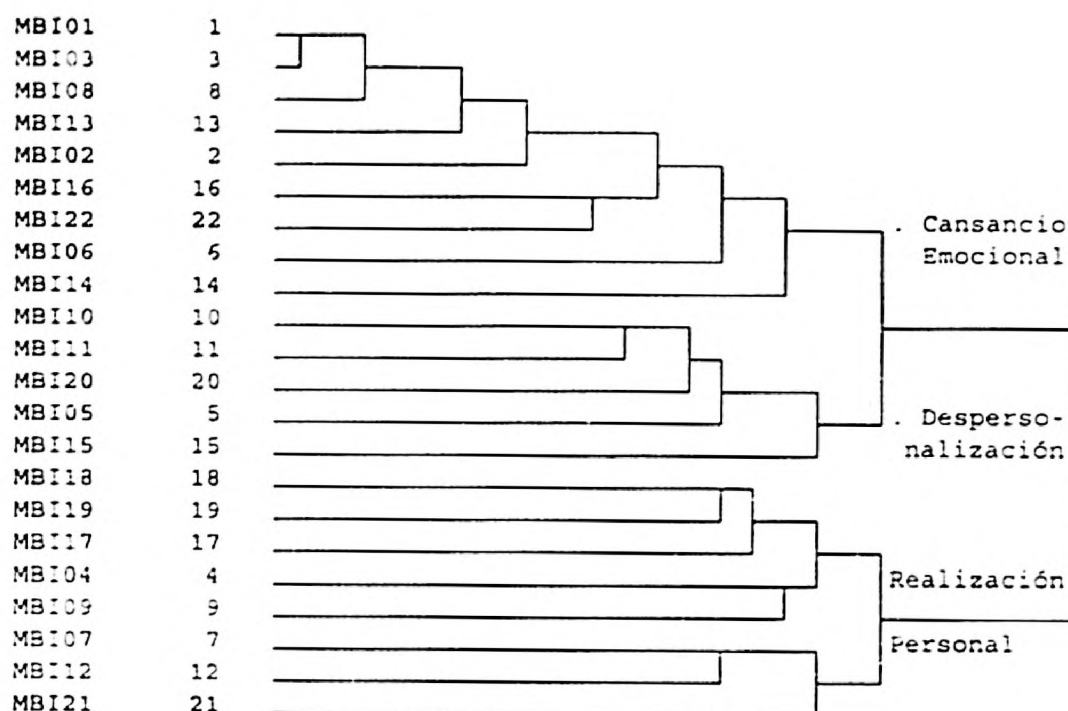


Gráfico XI. Resultados análisis cluster para las variables del MBI.

2.- La segunda de las agrupaciones mencionadas en el punto anterior, puede subdividirse en dos, que excepto para las variables MBI06 "trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo", MBI16 "trabajar directamente con las personas me produce estrés" y MBI22 "creo que los usuarios me culpan de algunos de sus problemas", coinciden con los factores "despersonalización" y "cansancio emocional" hallados en el análisis de componentes principales.

Queremos hacer notar que, si observamos las saturaciones de las variables MBI22 y MBI16 en la matriz factorial rotada, vemos que: a) dichas variables presentan saturaciones "parecidas" para los factores I y II, y b) son las únicas variables con saturación positiva re-

lativamente alta en el primer factor, que poseen una saturación superior a 0,35 en el segundo factor. Este hecho parece indicar, por una parte, que son variables con características similares (y por tanto es lógico que se agrupen en torno al mismo factor), y por otra, permite, en cierta medida, la inclusión de estas variables tanto en el factor I como en el factor II del MBI.

3. 2. 2. Resultados para el BEEGC-20

La tabla nº 25 muestra la media y la desviación típica de las respuestas de los 100 secretar@s de nuestro estudio en los veinte ítems del BEEGC-20. La distribución de las respuestas por ítems puede observarse en el anexo III, tabla nº 4

Del estudio de dichas tablas podemos extraer las siguientes consideraciones:

- 1.- A excepción de los ítems señalados a continuación, que presentan una media muy próxima a cinco, todos los demás presentan una media por encima de dicho número (valor medio de la escala de likert): BEEGC03 "no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido", BEEGC05 "lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte", BEEGC07 "de nada sirve el que yo sea o no competente, pues la mayoría de las cosas están amañadas", BEEGC09 "sin la suerte poco se puede conseguir en la vida", BEEGC12 "¿para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los enchufes", BEEGC16

"nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder" y BEEGC20 "creo mucho en la influencia de la suerte".

Los anteriores ítems hacen referencia a la indefensión y al factor suerte. Puede decirse que a pesar de que el colectivo de secretari@s presenta un buen control personal percibido, no desestima el factor suerte a la hora de enfrentarse a eventos dificultosos.

beegc 01	beegc 02	beegc 03	beegc 04	beegc 05	beegc 06	beegc 07	beegc 08	beegc 09	beegc 10	
6,36	5,32	4,11	5,82	4,56	6,17	4,66	5,9	4,69	6,37	m.
2,258	1,958	2,278	1,742	1,788	1,781	1,970	1,930	1,824	1,988	d. t.
beegc 11	beegc 12	beegc 13	beegc 14	beegc 15	beegc 16	beegc 17	beegc 18	beegc 19	beegc 20	
6,7	4,78	5,61	5,27	6,09	4,88	5,89	6,14	6,01	4,75	m.
1,888	2,091	1,943	1,716	1,758	2,184	1,858	1,781	1,732	1,827	d. t.

La tabla nº 25. Media (m.) y la desviación típica (d. T.) de las respuestas de l@s 100 secretari@s de nuestro estudio en los ítems del BEEGC-20. Muestra secretari@s.

- 2.- Los ítems que presentan medias más altas son: BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga", BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida", BEEGC10 "me siento segur@ de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria", BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga", BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida", BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida", y

BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida". Estos siete ítems presentan una media entorno al 6,26 y una desviación típica de 1,87.

Los datos precedentes permiten constatar que este colectivo confía en sus capacidades, en la autoeficacia de sus actuaciones y a nivel personal parecen presentar un buen control personal percibido.

- 3.- El resto de los ítems presentan una media en torno al 5,63 y una desviación típica cercana al 1,85. Esto permite confirmar lo dicho anteriormente en el sentido de que este colectivo espera poco del exterior y confía plenamente en lograr los objetivos que se propone personalmente.

3. 2. 2. a. Resultados del Análisis Convergente-Divergente

Al igual que hicimos con el colectivo de enfermer@s, nuestro siguiente paso, respecto al test del BEEGC-20, consistió en corroborar que para nuestra muestra, las agrupaciones encontradas en estudios precedentes se mantienen. Para ello, y siguiendo el procedimiento ya comentado para evitar la autocorrelación, realizamos un análisis convergente-divergente de los datos obtenidos.

El resultado de dicho análisis se muestra en la tabla nº 26. En ella puede verse que la variable BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida", perteneciente según la teoría al factor uno, sin embargo, debe de colocarse en el quinto factor (éxito). Esto es, la correlación de los valores de esta variable con los valores del sumatorio

de los ítems del factor éxito (según Palenzuela, 1992: BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré" + BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo" + BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas" + BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida") es mayor que la que presentan con las de su propio factor.

	I	II	III	IV	V
1	0,5923	-0,1761*	-0,1454*	0,4122	0,4743
6	0,6278	-0,2822	-0,1424*	0,4405	0,6077
11	0,3324	-0,1078*	-0,0119*	0,2583*	0,3023
15	0,6195	-0,4668	-0,1957*	0,4850	0,6324
3	-0,3011	0,5910	0,3124	-0,1270*	-0,3169
7	-0,2582*	0,7074	0,2799*	-0,0546*	-0,2504*
12	-0,2848	0,6940	0,3529	-0,0301*	-0,3337
16	-0,2633*	0,7869	0,32653	-0,0643*	-0,2536*
5	-0,1572*	0,3723	0,7012	-0,2582*	-0,2276*
9	-0,1926*	0,2600*	0,6914	-0,1197*	-0,2023*
13	-0,0670*	0,3360	0,6479	-0,2855	-0,3528
20	-0,1348*	0,3058	0,7351	-0,1586*	-0,2379*
2	0,3103	-0,0761*	-0,2224*	0,5212	0,4932
10	0,5688	-0,1467*	-0,1508*	0,6060	0,6666
14	0,1714*	0,1338*	-0,0933*	0,3414	0,2405
18	0,5186	-0,1470*	-0,2735*	0,6850	0,7173
4	0,5432	-0,2557*	-0,2526*	0,5439	0,6483
8	0,6030	-0,3188	-0,2552*	0,6400	0,6755
17	0,5055	-0,2859	-0,2593*	0,5747	0,7335
19	0,5758	-0,3134	-0,2690*	0,6299	0,7487

Tabla nº 26. Correlaciones entre cada ítem y las subescalas del BEEGC-20. (*) significa que el coeficiente de correlación entre los valores de las variables es estadísticamente no significativo. Muestra secretari@s.

Exactamente lo mismo que para la variable BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida" ocurre para las variables, BEEGC10 "me siento segur@ de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria" y BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida", que parece debieran asociarse al factor cinco (éxito).

Las variables BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida" y BEEGC11 "en general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga" pesan tanto en el factor uno (contingencia) como en el factor cinco (éxito), lo que no ayuda nada a esclarecer su convergencia o divergencia respecto de otro grupo.

La variable BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo" presenta la correlación más alta con las variables del factor cinco (éxito), sin embargo, tanto su correlación con las variables del factor cuatro (autoeficacia) como con las del uno (contingencia) son bastante similares, lo que dificulta su interpretación.

Todo lo anterior parece sugerir que el colectivo de secretari@s presenta ciertas características peculiares que hacen que algunos ítems puedan ser interpretados como pertenecientes a subescalas diferentes a las propuestas por el marco teórico.

Para comprobar este hecho procedimos a realizar un análisis de componentes principales. Dicho análisis, además de las relaciones entre las diferentes variables nos permitiría encontrar el significado y la importancia de las discrepancias a las que hemos apuntado.

3. 2. 2. b. Resultados del Análisis Factorial de Componentes Principales

Construida la matriz original (variables/individuos) y después de comprobar que cumplía las características necesarias para ejecutar un análisis factorial (ver anexo III, tabla nº 5) se procedió a realizar éste.

La tabla nº 6, anexo III, nos muestra que son cinco los factores que presentan un valor propio superior a la unidad. Por consiguiente los datos nos aconsejan conservar cinco factores, lo cual coincide con la teoría del BEEGC-20 (Palenzuela, 1992).

La conservación de los cinco primeros factores nos permite una explicación de la varianza total de la muestra igual al 70, 5%.

De la observación de la matriz factorial rotada (ver tabla nº 27) pueden extraerse las siguientes consideraciones:

- 1.- Para el primer factor, que explica un 34,1% de la variabilidad total de la muestra, presentan saturaciones positivas y significativas las variables BEEGC18 "me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida", BEEGC10 "me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria", BEEGC19 "creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida", BEEGC08 "tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo", BEEGC17 "soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas", BEEGC02 "son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades" y BEEGC04 "normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré", por lo que le denominaremos "autoeficacia y éxito".

El ítem BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida" presenta en el segundo factor una puntuación negativa (-0,39827). A su vez, dicho ítem presenta en el factor cuatro una saturación positiva igual a 0,48112. Este hecho dificulta la interpretación del BEEGC15, que podría incluirse tanto en el factor I como en el IV.

	FACT. I	FACT. II	FACT. III	FACT. IV	FACT. V
BEEGC18	0,82405				
BEEGC10	0,76180			0,33070	
BEEGC19	0,75375				
BEEGC08	0,74916				
BEEGC17	0,73123				
BEEGC02	0,70912				
BEEGC04	0,64753			0,37891	
BEEGC15	0,49388	-0,39827		0,48112	
BEEGC16		0,87551			
BEEGC07		0,83850			
BEEGC12		0,80208			
BEEGC03		0,69730			
BEEGC09			0,86129		
BEEGC20			0,85536		
BEEGC05			0,78115		
BEEGC13	-0,34605		0,70789		0,37188
BEEGC01	0,35221			0,80100	
BEEGC06	0,47170			0,60271	
BEEGC11					0,86288
BEEGC14	0,43726			-0,33675	0,55101

Tabla nº 27. Proyecciones de las variables sobre los factores del BEEGC-20. Solución rotada (rotación varimax). Muestra secretari@s.

2.- Las variables BEEGC16 "nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder", BEEGC07 "de nada sirve el que

yo sea o no competente, pues la mayoría de las cosas están amañadas", BEEGC12 "¡para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los enchufes" y BEEGC03 "no merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido" presentan saturaciones positivas y significativas para el factor dos, que explica el 14,7% de la variabilidad total de la muestra.

Estos resultados son totalmente concordantes con la teoría, por tanto denominaremos a este factor "indefensión/no contingencia".

3.- Para el tercer factor las variables que presentan mayor saturación son: BEEGC09 "sin la suerte poco se puede conseguir en la vida", BEEGC20 "creo mucho en la influencia de la suerte", BEEGC05 "lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte" y BEEGC13 "para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte". De acuerdo con la teoría este factor ha sido denominado "suerte"

4.- Para el cuarto factor los ítems: BEEGC01 "lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga" y BEEGC06 "dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida", presentan saturaciones altas y significativas. Estos ítems, junto con el BEEGC15 "si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida" son claramente de contingencia, por lo cual esta será la denominación dada a este factor.

En l@s enfermer@s, como hemos visto, éstos ítems aparecen en el primer factor (control personal percibido). Este hecho no es ilógi-

co, pues realmente la contingencia es un factor del control personal percibido.

- 5.- En el factor cinco, son dos los ítems que presentan saturaciones positivas: el BEEGC11 "en general lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga" y BEEGC14 "raramente me invaden pensamientos de inseguridad en situaciones difíciles".

El ítem BEEGC11, al igual que en el estudio realizado para l@s enfermer@s se sitúa fuera del factor "contingencia". Los resultados únicamente permiten sugerir, de nuevo, que dicho ítem ha sido mal interpretado por nuestr@s encuestad@s y quizá podría estar indicando errores semánticos en la formulación de dicho ítem.

Respecto al ítem BEEGC14, cabe señalar que es de "autoeficacia", aunque de acuerdo con nuestros datos no se aprecia nítidamente su relación con el resto de las variables.

3. 2. 2. c. Resultados del Análisis Cluster de Variables

Siguiendo el esquema presentado en el estudio de este mismo test en el colectivo de enfermer@s, procedimos a continuación, a realizar un análisis cluster de variables por el método jerárquico aglomerativo, utilizando la distancia euclídea. Los resultados de dicho análisis, presentados en forma de dendograma (ver gráfico XII), nos permiten hacer los siguientes comentarios:

- 1.- Al igual que ocurría en el cluster de enfermer@s, si únicamente tuviésemos en consideración dos agrupaciones, éstas podrían denominarse "Control Personal Percibido" y "Suerte e Indefensión"
- 2.- La segunda de las agrupaciones se subdivide en dos, que se corresponden perfectamente con los factores II y III del BEEGC-20, hallados en el análisis de componentes principales, que hemos denominado "indefensión" y "suerte", respectivamente.

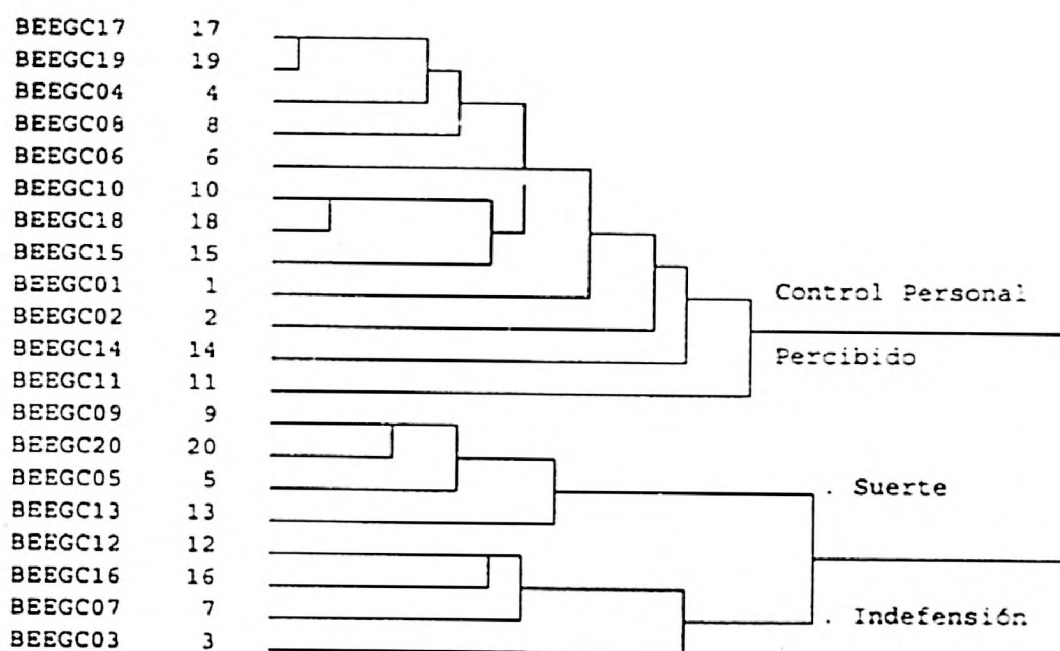


Gráfico XII. Resultados análisis cluster para las variables del BEEGC-20.

3. 2. 3. Resultados para el cuestionario de estrés diario (CED)

La tabla nº 28 muestra la media y desviación típica de las contestaciones de los 100 individuos, tanto en las cinco alternativas de respuestas positivas como en las negativas, para los 43 ítems⁹. De su observación se desprenden las siguientes reflexiones:

- 1.- En términos generales, las medias del CEDp son bastante altas (superiores a tres).

Los ítems CEDp26 "comer en casa", CEDp28 "relaciones con amigos o conocidos" y CEDp34 "intimidad" son los que presentan las medias más altas. Sus desviaciones típicas son 1,07, 0,89 y 1,07 respectivamente.

Como puede observarse, el coeficiente de variación es pequeño y los datos parecen señalar que este colectivo de secretari@s valora muy positivamente el comer en casa, las relaciones con amigos o conocidos y su intimidad.

- 2.- Existe otro grupo de ítems, dentro del CEDp, que aunque no presentan medias tan elevadas, también merecen ser comentadas. Nos referimos al CEDp01 "relación con su pareja", CEDp02 "relaciones con sus padres", CEDp07 "relaciones con sus compañeros" y el CEDp14 "terminar tareas".

Todos estos ítems presentan medias por encima de tres (media de los valores de la escala de likert) y sus desviaciones típicas están en

⁹ La distribución de respuestas para cada uno de los ítems puede observarse en el anexo III, tabla nº 7

torno a uno. Como puede apreciarse, las relaciones predominan en este grupo de ítems pudiéndose afirmar que el mantener buenas relaciones con su pareja, padres y compañeros contribuye en buena medida a producir satisfacciones en este colectivo de secretari@s.

- 3.- En relación con los ítems del CEDp que presentan las medias más bajas, nos encontramos con los siguientes: CEDp18 "ejercicio físico" y CEDp36 "noticias", cuyas medias son 2,99 y 2,92 respectivamente.

Las desviaciones típicas de estos ítems son 1,25 y 1,10, valores relativamente altos respecto de la media, lo cual implica tener que realizar una interpretación cautelosa de los mismos. Aún así, parece posible afirmar que dentro del CEDp son las variables que menos gratificación producen en el colectivo de secretari@s.

- 4.- Con respecto a los ítems del CEDn, cabe destacar, en primer lugar, que ninguno presenta una media superior a tres. La media más baja (1,80) corresponde al ítem CEDn28 "relaciones con amigos o conocidos" y la más alta (2,89) al ítem CEDn36 "noticias". Las desviaciones típicas para los valores de dichos ítems son 0,86 y 1,24 respectivamente.
- 5.- El resto de los ítems del CEDn presentan medias en torno al 2,5 y desviaciones típicas cercanas a uno, lo cual dificulta bastante la identificación de los ítems que en mayor medida contribuyen a explicar los fastidios, situaciones conflictivas, etc., que se pueden presentar a lo largo del día.

ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
01+	01-	02+	02-	03+	03-	04+	04-	05+	05-	
3,67	2,23	3,84	1,85	3,36	2,23	3,58	1,94	3,29	2,42	med.
0,954	1,003	1,089	0,936		0,919	0,996	0,940	1,112	1,036	d. tip
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
06+	06-	07+	07-	08+	08-	09+	09-	10+	10-	
3,34	2,29	3,84	2,05	3,31	2,39	3,37	2,38	3,25	2,46	med.
1,036	1,075	0,861	0,914	1,098	1,127	0,991	1,022	1,104	1,201	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
11+	11-	12+	12-	13+	13-	14+	14-	15+	15-	
3,24	2,47	3,38	2,23	3,55	2,22	3,65	2,18	3,41	2,37	med.
1,026	1,039	1,178	1,144	0,967	1,030	0,957	1,076	1,155	1,186	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
16+	16-	17+	17-	18+	18-	19+	19-	20+	20-	
3,29	2,48	3,03	2,67	2,99	2,51	3,15	2,4	3,15	2,55	med.
1,085	1,184	1,175	1,214	1,251	1,210	0,925	1,005	1,095	1,166	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
21+	21-	22+	22-	23+	23-	24+	24-	25+	25-	
3,23	2,31	3,3	2,05	3,43	2,28	3,42	2,25	3,01	2,53	med.
1,013	0,981	1,114	1,038	0,956	1,025	0,955	0,978	1,226	1,105	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
26+	26-	27+	27-	28+	28-	29+	29-	30+	30-	
3,92	1,9	3,12	2,44	3,92	1,8	3,38	2,16	3,44	2,14	med.
1,079	0,937	1,224	1,289	0,895	0,864	1,002	0,981	1,047	1,015	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced3	ced	
31+	31-	32+	32-	33+	33-	34+	34-	5+	35-	
3,53	2,1	3,33	2,21	3,64	2,05	3,93	1,93	3,25	2,53	med.
0,926	0,926	1,064	1,007	1,123	1,067	1,075	0,997	1,217	1,218	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	ced	
36+	36-	37+	37-	38+	38-	39+	39-	40+	40-	
2,92	2,89	3,52	2,14	3,01	2,81	3,07	2,53	3,26	2,33	med.
1,107	1,246	0,937	0,864	1,283	1,292	1,156	1,175	1,307	1,155	d.tip.
ced	ced	ced	ced	ced	ced					
41+	41-	42+	42-	43+	43-					
3,37	2,3	3,1	2,75	3,3	2,42	med.				
1,060	1,010	1,150		1,114	1,046	d.tip.				

Tabla n° 28. Media y desviación típica, tanto en las alternativas de respuestas positivas como en las negativas, para los 43 ítems. Muestra secretari@s.

- 6.- Como comentamos respecto de l@s enfermer@s, en general, los valores medios de los uplifts superan los valores medios de los hassles. Este hecho parece señalar que lo placentero aventaja sobre las vicisitudes de la vida cotidiana.

3. 2. 3. a. Resultados del Análisis Factorial de Componentes Principales

Reproduciendo el mismo esquema de trabajo al seguido con el colectivo de enfermer@s, nos propusimos, a continuación, estudiar las respuestas al cuestionario de estrés diario utilizando un análisis de componentes principales.

Con este objeto, y una vez construidas las matrices "individuos-CEDp" e "Individuos-CEDn", procedimos a comprobar si reunían las características necesarias para poder efectuar el análisis pretendido.

Los resultados de dicho estudio se muestran en el anexo III, tablas n° 8 y n° 9. En ellas puede observarse valores bajos para el índice KMO, lo cual si bien no desaconseja la aplicación del análisis factorial, si nos muestra que las correlaciones entre pares de variables pueden ser explicadas mínimamente por las otras variables.

No obstante, los otros dos indicadores (determinante de la matriz y test de esfericidad de Bartlett) parecen concluir que las matrices originales si presentan las condiciones adecuadas para realizar un análisis factorial. Por tal motivo, y trabajando con la debida cautela, decidimos seguir adelante con el análisis de componentes principales.

Como se desprende de la observación de las tablas nº 10 y nº 11, anexo III, siguiendo el método Kaiser debemos conservar, con objeto de poder interpretar correctamente las relaciones entre las variables, para el caso de los CED negativos, los catorce primeros factores; y para el caso de los CED positivos los quince primeros factores.

Si utilizamos el criterio consistente en hacer depender el número mínimo de factores del tanto por ciento mínimo sobre el total de varianza que debe explicar, y fijamos éste en el 5%, teniendo en cuenta que el número de variables es 43, conservaremos aquellos factores cuyo valor propio sea superior a 2,15 ($0,05 \times 43$). De acuerdo con esto debemos conservar cuatro factores en el caso de los CED positivos y cuatro factores en el caso de los CED negativos. Esto supondría que nuestro análisis explicaría el 31,2% y el 33,6%, respectivamente, de la varianza total de la muestra.

Al igual que hicimos en el caso del colectivo de enfermer@s, intentando una solución de consenso entre una explicación suficiente de la varianza total de la muestra y un número de factores que no dificulte demasiado el análisis, creímos necesario conservar siete factores. Sin embargo, una vez obtenidos éstos (ver anexo III, tablas nº 12 y nº 13) y observando que las correlaciones entre ellos eran elevadas nos convencimos de que este tipo de análisis no era adecuado.

No obstante, nos pareció importante conservar la información que nos proporciona el primer factor, tanto de los uplifts como de los hassles. Las variables contenidas en dichos factores, que explican respectivamente un 12,1% y un 15,9% del total de variabilidad de la muestra, podrían ser interpretadas como eventos que en mayor medida contribuyen diaria-

mente a "sentirse mejor" frente a los que ayudan diariamente a l@s secretari@s a "sentirse molest@s".

El factor I de los uplifts, al que hemos llamado "aspectos personales", agrupa los siguientes ítems: CEDp36 "noticias"; CEDp38 "cantidad de tiempo libre"; CEDp42 "su medio ambiente"; CEDp40 "ocio fuera de casa"; CEDp05 "asuntos que incumben a algún familiar o amigo" y CEDp18 "ejercicio físico".

El factor I de los hassles, al que hemos denominado "carencia de aspectos económicos y sociales", agrupa los siguientes ítems: CEDn14 "terminar tareas"; CEDn16 "dinero para extras"; CEDn15 "dinero para necesidades"; CEDn32 "relaciones con instituciones o personal de atención al público"; CEDn29 "relaciones con sus vecinos"; CEDn13 "comenzar tareas"; CEDn17 "ahorro" y CEDn09 "tipo de estudios".

3. 2. 4. Resultados del análisis de varianza

Al igual que hicimos con el colectivo de enfermer@s, con objeto de establecer la relación existente entre las variables sociodemográficas de mayor interés para nuestro estudio (variables independientes) y los constructos del MBI, BEEGC-20 y CED (variables dependientes), el siguiente paso en nuestra investigación consistió en realizar un análisis de varianza.

Los resultados de dicho análisis, considerando las mismas submuestras establecidas para el caso de l@s enfermer@s, son:

Estado civil

- a) Para un nivel de confianza del 95%, las medias presentadas por las submuestras "con pareja" y "sin pareja", cuando la variable dependiente es el factor I del BEEGC-20 (autoeficacia y éxito), son significativamente diferentes (ver tabla nº 29). Los datos apoyan la idea de una relación negativa entre (autoeficacia y éxito) y el hecho de tener una pareja o una relación afectivo-sentimental. Esto es, por término medio, los sujetos "sin pareja" poseen un nivel de expectativas de autoeficacia y éxito menor al mostrado por aquéllos que sí tienen pareja.
- b) Cuando la variable dependiente es el factor IV del BEEGC-20 (contingencia), para un nivel de significación del 0,05, se rechaza la hipótesis nula de que las medias en las dos submuestras en las que hemos dividido la variable "pareja" son iguales (ver tabla nº 30).

La relación existente entre "contingencia" y "pareja" es del mismo signo que la existente entre las variables "autoeficacia y éxito" y "pareja". Esto es, por término medio, los individuos que no conviven con su pareja estable parecen presentar menor grado de contingencia; lo cual es totalmente compatible con la teoría y con la relación descrita en el subapartado (a).

Variable Dependiente: <i>Factor I del BEEGC-20</i>					
Variable Independiente: <i>Pareja</i>					
Fuente	Gra. Lib.	Sum. Error	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	616,8208	616,8208	4,9826	0,0279
Intragrup.	98	12132,0192	123,7961		
Total	99	12748,8400			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,2952	1	98	0,588

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	45,54000	11,3480	100
Submuestra 1	50,1250	10,6284	48
Submuestra 2	45,1538	11,5663	52

Tabla nº 29. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del BEEGC-20 (A y E); variable independiente: pareja. Muestra secretari@s.

Variable Dependiente:		Factor IV del BEEGC-20			
Variable Independiente:		Pareja			
Fuente	Gra. Lib.	Sum.Error.	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	137,3908	137,3908	11,6522	0,009
Intragrup.	98	1155,5192	11,7910		
Total	99	1292,9100	11,7910		

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,2958	1	98	0,588

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	12,5300	3,6138	100
Submuestra 1	13,7500		48
Submuestra 2	11,4038	3,4542	52

Tabla nº 30. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor IV del BEEGC-20 (Contingencia); variable independiente: pareja. Muestra secretari@s.

- c) El hecho de convivir o no con una pareja parece afectar al grado de despersonalización que presentan los individuos de nuestro estudio.

Inversamente a lo que ocurría en el caso de que las variables dependientes fueran "contingencia" o "autoeficacia y éxito", tal y como cabría esperar, los datos muestran la existencia de una relación positiva entre el grado de despersonalización alcanzado y la no convivencia con una pareja (ver tabla nº 31).

Variable Dependiente: <i>Factor I del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>Pareja</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. medios	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	604,5539	604,5539	6,0631	0,0155
Intragrup.	98	9771,5561	99,7098		
Total	99	10376,1100			
<u>Test de Levene para homogeneizar la varianza</u>					
Estadístico	df1	df2	2-tail sig.		
1,7375	1	98	0,191		
<u>Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra</u>					
variable	media	desv. tip.	casos		
Muestra	18,3300	10,2376	100		
Submuestra 1	15,7708	10,6096	48		
Submuestra 2	20,6923	9,3736	52		

Tabla nº 31. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del MBI (despersonalización); variable independiente: pareja. Muestra secretari@s.

- d) Desde el punto de vista teórico, un sujeto que presenta un elevado grado de despersonalización mostrará también una puntuación alta en el factor II del MBI (cansancio emocional). Por consiguiente, parecería lógico pensar que una variable que contribuye positivamente a la despersonalización debe hacerlo también al cansancio emocional.

Esto es precisamente lo que sugiere nuestro análisis de varianza. Por término medio, los sujetos que pertenecen a la submuestra "sin pareja" presentan un "cansancio emocional" superior al alcanzado por quienes conviven con una "pareja" (ver tabla nº 32).

Variable Dependiente: <i>Factor II del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>Pareja</i>					
	Gra. Lib.	S. Errores	E.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	301,5744	301,5744	4,9772	0,0280
Intragrup.	98	5937,9856	60,5917		
Total	99	6239,5600			
<u>Test de Levene para homogeneizar la varianza</u>					
Estadístico	df1	df2	2-tail sig.		
0,2799	1	98	0,598		
<u>Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra</u>					
variable	media	desv. tip.	casos		
Muestra	17,6200	7,9389	100		
Submuestra 1	15,8125	8,3377	48		
Submuestra 2	19,2885	7,2364	52		

Tabla nº 32. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor II del MBI (C.E.); variable independiente: pareja. Muestra secretari@s.

Número de hijos

Cuando el número de hijos es la variable independiente, y dividimos la muestra en tantas submuestras como valores distintos tomados por dicha variable, los resultados del análisis de varianza se pueden resumir así:

El número de hijos que conviven con el sujeto parece influir en:

- a) La despersonalización

- b) El control personal percibido
- c) Estrés diario total positivo.

Según la teoría, corroborada por nuestros resultados, por una parte, debe existir una correlación negativa entre el factor "despersonalización" y el factor "autoeficacia y éxito", así como entre "despersonalización-contingencia"; por otra, la relación "autoeficacia y éxito- contingencia" es, según la teoría, positiva.

Lo anterior parece significar que una variable que contribuye a aumentar el nivel de control personal percibido contribuirá a su vez a lograr una menor despersonalización.

Nuestro análisis, muestra los siguientes resultados:

- 1.- Las diferencias más significativas entre las medias, cuando la variable dependiente es "autoeficacia y éxito", según la prueba de Scheffe, se dan entre las submuestras 0-1 y 3-1. Por consiguiente, podemos afirmar que, por término medio, la submuestra con mayor número de hijos es la que presenta menor autoeficacia y éxito (ver tabla nº 33).
- 2.- Si la variable dependiente es contingencia, las diferencias más significativas entre las medias aparecen, según la prueba de Scheffe, entre las submuestras 0-2 y 0-1. Teniendo en consideración este hecho, parece posible afirmar que, por término medio, la submuestra con número de hijos igual a uno es la que muestra mayores valores para la variable contingencia (ver tabla nº 34).

Variable Dependiente: Factor I del BEEGC-20					
Variable Independiente: Hijos					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregup	3	1648,3933	549,4644	4,7519	0,0039
Intragrup.	96	11100,4467	115,6297		
Total	99	12748,8400			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,5307	3	96	0,662

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	47,5400	11,3480	100
Submuestra 0	45,2982	11,4095	57
Submuestra 1	55,6154	10,2432	13
Submuestra 2	50,1200	9,1893	25
Submuestra 3	39,2000	11,4543	5

Tabla nº 33. Análisis de la varianza. Variable dependiente: factor I del BEEGC-20 (A y E); variable independiente; nº de hijos. Muestra secretari@s.

Variable Dependiente:		Factor IV del BEEGC-20			
Variable Independiente:		Hijos			
Fuente	Gra. Lib.	S. Error	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	3	195,8773	65,2924	5,7137	0,0012
Intragrup.	96	1097,0327	11,4274		
Total	99	1292,9100			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
1,3815	3	96	0,253

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	12,5300	3,6138	100
Submuestra 0	11,4561	3,5611	57
Submuestra 1	14,8462	2,9396	13
Submuestra 2	14,0000	2,9861	25
Submuestra 3	11,4000	4,1593	5

Tabla nº 34. Análisis de varianza: Variable dependiente; factor IV del BEEGC-20 (contingencia); variable independiente: número de hijos. Muestra secretari@s.

- 3.- El subgrupo de individuos que presenta, por término medio, mayor despersonalización (ver tabla nº 35) es aquél en el cual el número de hijos es de tres, teniendo en cuenta que las diferencias significativas entre las medias de las submuestras se hallan entre las submuestras 0-1 y 3-1, según la prueba de Scheffe.

Variable Dependiente: <i>Factor I del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>Hijos</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregup	3	1527,6060	509,2020	5,5245	0,0015
Intragrup.	96	8848,5040	92,1719		
Total	99	10376,1100			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,9792	3	96	0,406

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	18,3300	10,2376	100
Submuestra 0	20,5789	10,0498	57
Submuestra 1	11,6923	9,9027	13
Submuestra 2	14,9200	8,4800	25
Submuestra 3	27,0000	8,5147	5

Tabla nº 35. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del MBI (despersonalización); variable independiente: número de hijos. Muestra secretari@s.

Tiempo en la profesión

Para un nivel de significación del 0,05, cuando la variable dependiente es "indefensión/no contingencia", podemos rechazar la hipótesis nula de que las submuestras "tiempo en la profesión menor o igual a 14 años" y "tiempo en la profesión mayor a 14 años" tengan la misma media.

Los datos parecen apoyar la tesis de que, por término medio, cuanto mayor es el tiempo dedicado a esta profesión mayor es la indefensión (ver tabla nº 36).

Variable Dependiente: <i>Factor II del BEEGC-20</i>					
Variable Independiente: <i>Tiempo en la Profesión</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	207,0372	207,0372	4,3646	0,0394
Intragrup.	94	4458,9524	47,4357		
Total	95	4665,9896			
<u>Test de Levene para homogeneizar la varianza</u>					
Estadístico	df1	df2	2-tail sig.		
0,6314	1	94	0,429		
<u>Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra</u>					
variable	media	desv. tip.	casos		
Muestra	18,5104	7,0083	96		
Submuestra 1	17,7333	6,9871	75		
Submuestra 2	21,2857	6,5049	21		

Tabla nº 36. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor II del BEEGC-20 (indefensión). Variable independiente: tiempo en la profesión. Muestra secretari@s.

Sexo

Cuando la variable dependiente es el factor I del MBI (despersonalización), para un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula de que las medias en las dos submuestras ("varón" o "mujer") son iguales. Es decir, podemos constatar que en l@s secretari@s, como sucedía en la muestra de enfermer@s, el hecho de ser varón influye en la despersonalización. Concretamente, parece que los secretarios son los que presentan mayor grado de despersonalización (ver tabla nº 37).

Además, esta circunstancia se halla más acusada que en el colectivo de enfermeros.

Como comentamos en la muestra de enfermer@s, este dato viene a confirmar los resultados mostrados para la población general del manual del MBI.

Variable Dependiente: <i>Factor I del MBI</i>					
Variable Independiente: <i>Sexo</i>					
Fuente	Gra. Lib.	S. Errores	E. Med.	F ratio	Prob. F
Entregrup	1	636,5217	636,5217	6,4047	0,0130
Intragrup.	98	9739,5883	99,3836		
Total	99	10376,1100			

Test de Levene para homogeneizar la varianza

Estadístico	df1	df2	2-tail sig.
0,0615	1	98	0,805

Medias y Desviaciones típicas de cada submuestra

variable	media	desv. tip.	casos
Muestra	18,3300	10,2376	100
Submuestra 1	16,3548	10,0362	62
Submuestra 2	21,5526	9,8576	38

Tabla nº 37. Análisis de varianza. Variable dependiente: factor I del MBI (despersonalización). Variable independiente: sexo. Muestra secretari@s.

3. 2. 5. Estudio de los 16 sujetos que se sienten "acabados"

Como puede observarse en la tabla nº 38, entre las 100 respuestas obtenidas en el test MBI se encuentran 16 personas que muestran sentirse acabadas.

Con objeto de examinar el colectivo de secretari@s que eligieron un 6 (todos los días) o un cinco (pocas veces a la semana) como respuesta al ítem MBI20 "me siento acabad@", realizamos el mismo tipo de análisis que el efectuado en el caso de la muestra de enfermer@s.

Me siento acabad@	Número de respuestas
Nunca (0)	51
Pocas veces al año o menos (1)	12
Una vez al mes o menos (2)	5
Unas pocas veces al mes (3)	10
Una vez a la semana (4)	6
Pocas veces a la semana (5)	4
Todos los días (6)	12

Tabla nº 38. Distribución de las respuestas al ítem 20 del MBI. Muestra secretari@s.

De los dieciséis sujetos contamos con diez varones y seis mujeres. La media y desviación típica para cada ítem del MBI en las submuestras "varones acabados" y "mujeres acabadas" puede observarse en el anexo III, tablas nº 14 y nº 15.

Las características sociodemográficas del subgrupo mujeres son las siguientes:

- Tres de ellas están casadas y tres solteras.
- Los años de convivencia con sus respectivas parejas es de un máximo de 20 años y un mínimo de cuatro.

- Sus edades están comprendidas entre treinta y cincuenta y tres años.
- Dos de ellas conviven con tres hijos y el resto no viven con hijos.
- En relación a los estudios realizados, nos encontramos con dos licenciadas.
- Cuatro son fijas y dos eventuales.
- Por término medio, el número de horas trabajadas por semana es de 40.
- El tiempo en su trabajo actual es de un máximo de 29 años y un mínimo de dos años y cinco meses.
- El tiempo en la profesión es de un máximo de quince años y cuatro meses y un mínimo de tres años y cuatro meses.

Las características sociodemográficas del *subgrupo varones* son las siguientes:

- Seis de ellos están casados y cuatro solteros.
- Los años de convivencia con sus respectivas parejas es de un máximo de diez años y mínimo de uno.
- Sus edades están comprendidas entre treinta y cuarenta y cinco años.

- Cuatro de ellos tienen dos hijos que conviven con ellos.
- El tiempo medio de trabajo semanal es de cuarenta horas.
- El tiempo medio en su actual trabajo es de un máximo de diez años y cinco meses y de un mínimo de un año y dos meses.
- El tiempo en la profesión oscila entre trece años y cuatro meses y un año y tres meses.
- Cinco son eventuales y cinco fijos.
- Cinco de ellos son licenciados.

Vistas las características sociodemográficas de estos dieciséis sujetos, hemos analizado y destacado ciertos aspectos en relación a los constructos del MBI, los del BEEGC-20, el EDtn, el EDtp y el Edm (ver anexo III, tablas nº 14, nº 15 y nº 16):

- En general, presentan una marcada despersonalización y cansancio emocional. La despersonalización que presenta este colectivo es relativamente grande en relación al cansancio emocional. L@s secretari@s utilizan esta despersonalización como estrategia de afrontamiento para enfrentarse, día a día, al trabajo cotidiano.
- Sus niveles de autoeficacia y éxito (media: 39,125; coef. Variación: 0,1814), a pesar de mostrar un valor medio superior a la media teórica (media: 28), se encuentran muy por debajo de los alcanzados

por el conjunto de la muestra (media: 47,54; coef. Variación: 0,2387). Por lo que respecta al factor contingencia, el valor medio para la submuestra de secretari@s quemad@s es de 10,625 (d.t.: 2,941), ligeramente inferior al mostrado por el conjunto de la muestra (media: 12,53; d.t.: 3,6138). Esto parece apuntar al hecho de que el subgrupo de secretari@s quemad@s posee un control personal percibido ciertamente bajo en relación con el conjunto de la muestra.

- Cabe resaltar la presencia de valores de indefensión/no contingencia totalmente en consonancia con el marco teórico (el valor medio es de 22, frente a un valor medio teórico de 16).

Sin embargo, podemos afirmar que no confían excesivamente en la suerte, pero tampoco la desestiman (por término medio la confianza en la suerte toma un valor de 19,75).

- Al igual que sucedía con el colectivo de enfermer@s, presentan un estrés diario total positivo muy marcado en relación al estrés diario total negativo.
- En relación a la institución en la que estos sujetos desempeñan su trabajo, cabe decir que son organismos públicos en los cuales la atención individualizada de problemas personales ni tan siquiera se plantea. El hecho de ser "uno más", un número, no beneficia en nada esta situación de estrés crónico; a la larga trae consigo una mala calidad asistencial, junto con desmotivación y pérdida del control personal percibido del sujeto.

La institución sólo se detiene en que el trabajo salga adelante, pero en ningún momento trata de averiguar el buen estado psicológico de sus trabajadores, lo cual se traduce en absentismo laboral, mala gestión de recursos humanos, etc. Este hecho acarrea anualmente un gasto importante que podría, en parte, ser evitado con un trato más directo con los trabajadores y mayores consideraciones individuales por parte del gerente del organismo público.

De la comparación de nuestros resultados (ver tablas nº 14, nº 15 y nº 16, anexo III) con los hallados para la *población general* en el manual del MBI (Maslach y Folkman, 1986), caben los siguientes comentarios¹⁰:

- a.- El cansancio emocional de l@s quemad@s es más acusado que en la población general, pero, en términos generales, hay una mayor incidencia en las mujeres quemadas que en los varones ($F= 6,3512$, $p= 0,0145$; media mujeres: 26, media varones: 18,3).

Cabe destacar que el ítem MBI14 (creo que estoy trabajando demasiado) presenta una media en las submuestras de quemad@s menor que la hallada en la población general. Sin embargo, el coeficiente de variación para este ítem, en ambas submuestras, es superior a 0,95, lo que nos hace dudar de la representatividad de dichos valores medios.

¹⁰ Estos comentarios se basan en la comparación directa de las medias, desviaciones típicas y los coeficientes de variación para cada ítem. Lo correcto, para comprobar si el comportamiento de cada variable dependiente (un ítem o un constructo) es idéntico o no en cada una de las K subpoblaciones o grupos establecidos por los valores de la variable independiente, habría sido realizar un análisis de varianza: pero para ello necesitaríamos conocer los valores presentados por cada individuo, para cada variable dependiente, en la población general. Por consiguiente estos comentarios deben ser tomados con las debidas reservas.

Resaltaremos también que los ítems MBI02 (me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo) y el MBI06 (trabajar todo el día con personas es un esfuerzo) presentan medias, en la submuestra varones, muy similares a las existentes en la población general. Estos ítems presentan conexión con el ítem MBI14; tal vez de dicha conexión se puedan desprender las razones por las cuales la población general piensa que está trabajando demasiado para la poca consideración que tienen sus empresas respecto a sus trabajadores.

b.- Tanto los varones quemados como las mujeres quemadas presentan una marcada despersonalización. Este hecho podría enlazarse con el resultado del ítem MBI14 (creo que estoy trabajando demasiado); es decir, el trabajo que desarrollan estos sujetos (secretari@s) está tan robotizado que no son capaces de apreciar la calidad y finura de las acciones que llevan a cabo al realizarlo. Creemos que esta circunstancia podría explicar, en parte, esa sensación de excesivo trabajo. Al ser tan mecanizado el trabajo, el sujeto no disfruta de los pequeños pasos que llevan al resultado final de la tarea bien hecha.

c.- Como ocurría en la submuestra de enfermer@s quemad@s, las secretari@s quemad@s presentan una menor realización personal que la población general.

Todos los ítems del factor III del MBI (realización personal) presentan medias en torno al valor medio de la escala de likert; salvo el ítem MBI09 (creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás), el cual presenta, sobre todo en la submuestra mujeres, una media muy inferior a la población gene-

ral. En la submuestra varones "quemados" la media de este ítem (MBI09) es algo más elevada que en las secretarias quemadas.

La explicación a este hecho podría hallarse en que el trabajo que realiza la/el secretari@ no influye sobre la vida biológica del sujeto (en enfermería si ocurre), aunque si su trabajo está bien hecho facilita la vida del cliente. Es decir, a pesar de ser una profesión en contacto directo con el público, existe un menor compromiso vital y por ello es posible que crean que no influyen tan positivamente en sus vidas.

Respecto al ítem MBI19 (he conseguido muchas cosa útiles en mi profesión), la submuestra varones presenta una media muy inferior respecto a la de la población general. Posiblemente esta submuestra (varones quemados) esperaba más de esta profesión y por ello, en cierta medida, considera que no ha conseguido cosas muy útiles en el trabajo que eligió inicialmente pensando en ayudar eficazmente a los clientes venideros.

3. 2. 6. Resultados del Análisis Discriminante

Respecto a los resultados hallados en el análisis discriminante, efectuado para identificar los factores que en mayor medida discriminan entre el grupo de secretari@s "quemad@s" y el de "satisfech@s", cabe señalar que con excepción de los factores referidos al estrés diario y la suerte, para un nivel de significación del 95%, todas las demás variables aportan diferencias significativas a los grupos (ver tabla nº 17, anexo III).

Además, considerando conjuntamente los diez factores (autoeficacia y éxito, indefensión, suerte, contingencia, despersonalización, cansancio emocional, realización personal, estrés diario total positivo, estrés diario total negativo y estrés diario medio), y a la vista de los datos contenidos en la tabla nº 18, anexo III, puede concluirse que, para un nivel de significación del 0,05, se rechaza la hipótesis nula de que los centros de los grupos (medias de las puntuaciones discriminantes de los grupos) son iguales. Es decir, la información que aportará la función discriminante a la hora de clasificar los casos será estadísticamente significativa al nivel 0,05.

En esta ocasión, el grado de efectividad de la función discriminante se ha situado en un 88,61%, que corresponde al porcentaje de casos clasificados correctamente.

De la observación de la tabla nº 19, anexo III, que muestran los coeficientes de correlación entre los valores de la función discriminante y los de cada variable, podemos concluir que los factores que en mayor medida inducen a las secretari@s a sentirse quemad@s, al igual que en l@s enfermer@s, son: la despersonalización y la falta de control personal percibido.

En general, en l@s secretari@s, el sentimiento de estar quemad@ tiene una relación positiva con la despersonalización, la indefensión y el cansancio emocional, mientras que con los factores control personal percibido y realización personal la relación es inversa.

3.2.7. Resultados del Análisis de Ecuaciones Estructurales

La reflexión sobre el marco teórico en el que se encuadra nuestra investigación, unida al estudio de los resultados obtenidos en los análisis de datos, realizados para la muestra de secretari@s, nos sugirió el planteamiento de un primer modelo de ecuaciones estructurales ligeramente diferente a los propuestos para la muestra de enfermer@s. Esto es, en nuestra opinión, en la muestra de secretari@s la confianza en la suerte y el estrés diario podrían considerarse como variables sin incidencia significativa en el síndrome de burnout, y por consiguiente parecería lógico proponer un modelo en el cual no estuviesen presentes estos dos constructos.

No obstante, nos pareció más prudente plantear un primer modelo (modelo IS) en el que estuviesen incluidos todos los constructos latentes contenidos en el BEEGC-20, el MBI y el CED.

MODELO IS

Como puede observarse en el gráfico XIII, las relaciones hipotetizadas son idénticas a las del modelo IE, propuesto para la muestra de enfermer@s. Para analizar este modelo se utilizaron, para cada constructo, dos indicadores de medida obtenidos con el mismo criterio al utilizado en el caso de la muestra de enfermer@s.

Lo más destacable, en cuanto a los resultados mostrados por el LISREL para este modelo es que los índices de bondad de ajuste global son algo bajos ($X^2(110) = 139,09$, $p=0,032$; GFI = ,877; AGFI = ,809; RMSR = ,056;

$X^2 / gl = 1,54$) y el coeficiente de determinación total para las ecuaciones estructurales toma un valor de ,885.

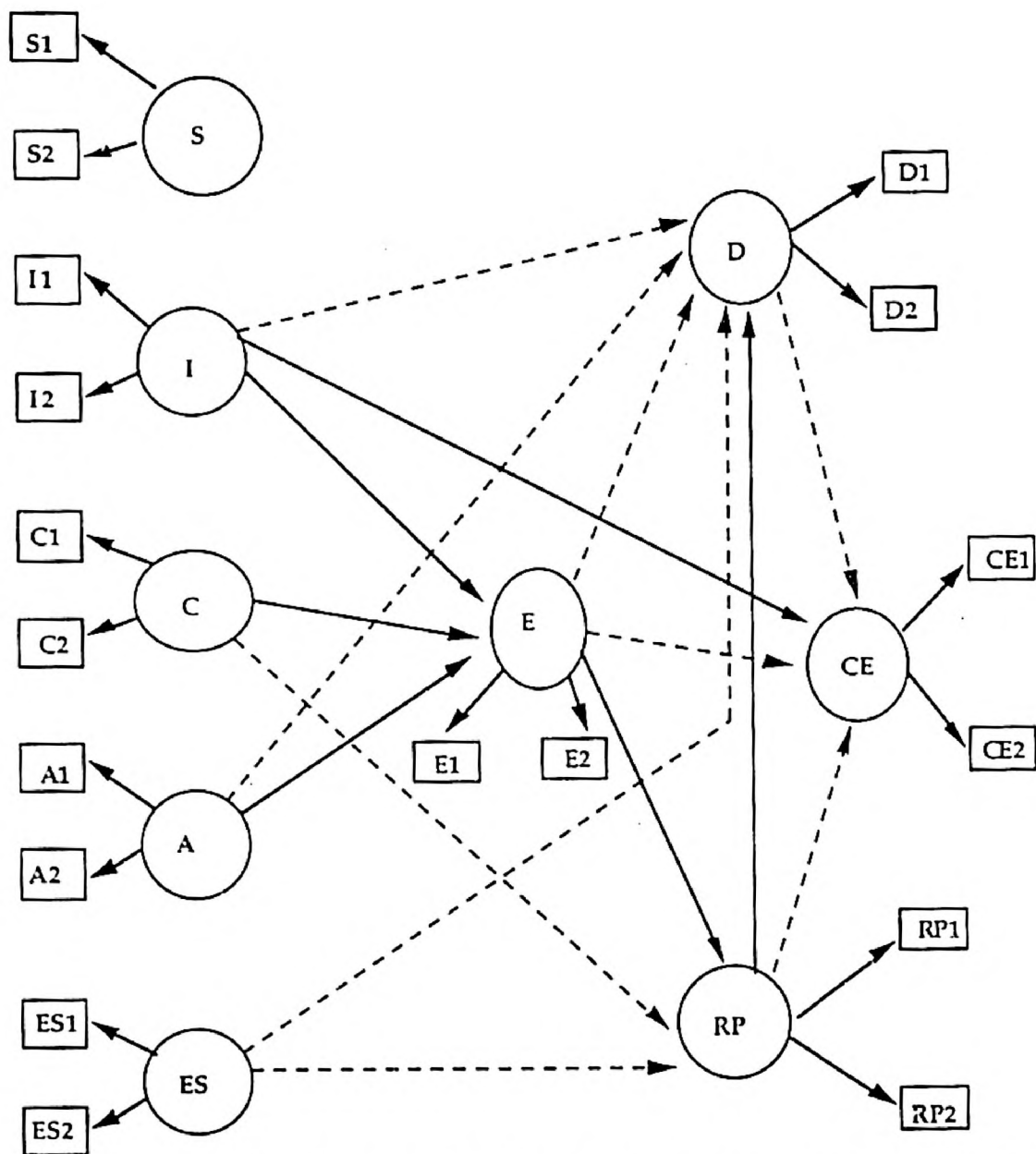


Gráfico XIII. Modelo IS. Diagrama de vías para los constructos que incluyen el Beegc-20, el MBI y el CED. Muestra Secretari@s. Las líneas discontinuas muestran las relaciones que resultaron no significativas en la solución final.

Cabe mencionar, además, por una parte, que los parámetros que representan la relación causal de estrés diario con despersonalización y realización personal no son significativos, y por otra, que el coeficiente de correlación más alto entre el constructo estrés diario y cualquiera de los otros incluidos en el modelo es el que se refiere a la relación contingencia-estrés diario, pero no es significativo ($r = -.172$, $t = -1.711$). Así mismo, la correlación más alta y significativa entre el constructo suerte y los demás se refiere a la relación suerte-indefensión ($r = .305$, $t = 3.645$).

MODELO IIS

Todo lo anterior nos llevó a proponer un modelo IIS (ver gráfico XIV) más parsimonioso. En él, la indefensión, contingencia y la autoeficacia determinan el éxito y éste, a su vez, determina el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Postulamos, además, la influencia de la realización personal y el cansancio emocional sobre la despersonalización; así como la influencia de la indefensión sobre el cansancio emocional.

Como puede observarse en la tabla nº 20, anexo III, todos los indicadores de medida utilizados en el modelo IIS presentan coeficientes estandarizados lambda superiores a 0,688, lo que indica que la forma en que se han evaluado estos constructos es satisfactoria. Además, el porcentaje de varianza explicada por cada indicador de medida (excepto para D1 y CE2, que toman valores de ,475) es superior a 0,5, lo que indica, en general, una buena fiabilidad de los medidores utilizados.

En cuanto a las relaciones postuladas (ver gráfico XV), cabe resaltar que todas ellas fueron significativas. Así, el éxito está determinado por la indefensión ($\gamma = -.180$, $t = -2,536$), por la contingencia ($\gamma = .309$, $t = -2,450$) y por la autoeficacia ($\gamma = .577$, $t = 5,372$); la despersonalización está determinada por el éxito ($\beta = -.396$, $t = -3,636$), la realización personal ($\beta = -.245$, $t = -3,154$) y el cansancio emocional ($\beta = .219$, $t = 2,151$); el cansancio emocional es determinado por la indefensión ($\gamma = .362$, $t = 3,115$) y el éxito ($\beta = -.310$, $t = -2,656$); y la realización personal viene determinada por el éxito ($\beta = .506$, $t = 4,411$).

Por lo que respecta a las correlaciones entre las variables exógenas (coeficientes Phi) cabe señalar que son altas y significativas, con la excepción de la correlación indefensión-autoeficacia que no es significativa (ver tabla nº 21, anexo III).

En cuanto a los índices de modificación para el modelo IIS, ninguno tomó un valor superior a 4,45.

Los resultados obtenidos para este modelo confirman con contundencia que, en el colectivo de secretari@s, las variables de personalidad del Beegc-20 determinan todas y cada una de las fases del síndrome de burnout. Cabe destacar el papel mediador, perfectamente realizado por las expectativas de éxito, entre las relaciones de los constructos del Beegc-20 y del MBI. Además, es preciso señalar, una vez más, la importancia de la variable indefensión, que influye de forma indirecta, a través del éxito, en todos los constructos del MBI y de forma directa e importante en el desarrollo de los sentimientos de agotamiento emocional.

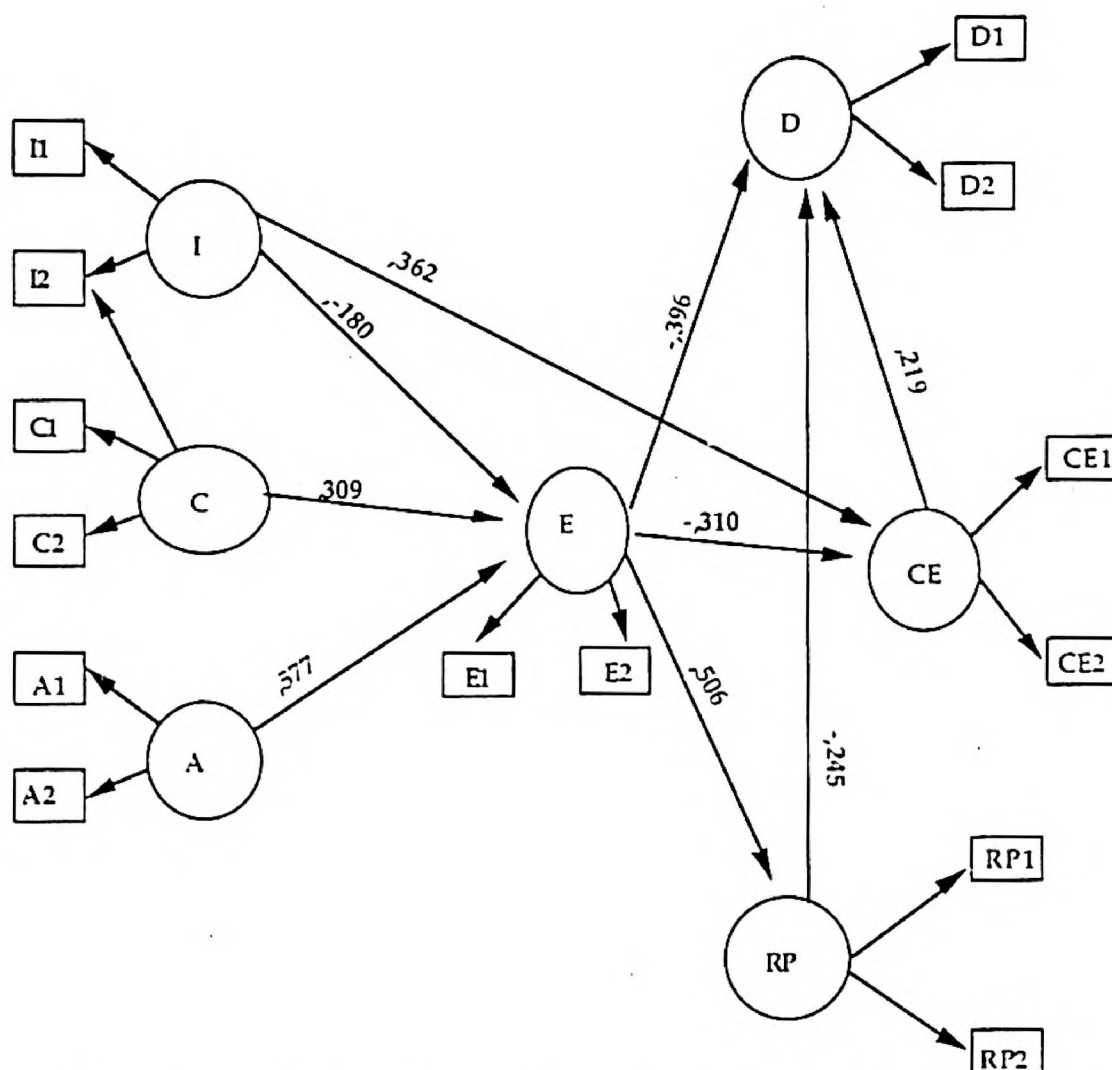


Gráfico XV. Solución del Modelo IIS de ecuaciones estructurales. Muestra Secretari@s.

Por otra parte, estos resultados, en referencia al proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, apoyan plenamente la tesis de que dicho proceso se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de ago-

tamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

MODELO IIIS

Al igual que hicimos en el caso de la muestra de enfermer@s, nuestro siguiente modelo propuso un único cambio en relación al anterior (modelo IIS). Dicho cambio consistió en sustituir la relación Beta 3 2 (cansancio emocional → despersonalización) por la relación Beta 2 3 (despersonalización → cansancio emocional), y tenía por objeto tratar de identificar cuál es la última fase en el proceso de desarrollo del burnout.

Los resultados para este modelo (modelo IIIS) fueron prácticamente idénticos a los obtenidos para el modelo IIS, con la diferencia de que en el modelo IIIS los parámetros beta que identifican la relación éxito-cansancio emocional y la de despersonalización-cansancio emocional no fueron significativos.

4.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La realización de estudios donde los profesionales de la salud conforman la población objeto de los mismos puede proporcionarnos información de gran interés sobre las actitudes, opiniones, problemas, hábitos de comportamiento, etc. de estos profesionales, de cuyo trabajo depende en gran medida la salud de la población.

Nuestros cuestionarios han delimitado algunas áreas de estrés para personal sanitario: el sentirse quemado, agotado por el trabajo, el control personal percibido y el locus externo que presentan los sujetos ante diversas situaciones estresantes; así como con el estrés diario, tanto positivo como negativo, al cual se enfrentan cada día estas personas.

Por lo que respecta al síndrome de burnout existe, entre los investigadores, una importante discusión sobre la interrelación entre las tres dimensiones del MBI y el carácter de las variables que están evaluando.

Hay autores que consideran que el MBI ofrece dos componentes: uno estaría integrado por "agotamiento emocional" y "despersonalización", entendiéndose ésta como una estrategia de afrontamiento al agotamiento emocional, y el otro lo constituiría la "realización personal" en el trabajo (Gaines y Jermier, 1983, Maslach y Jackson, 1986; Lee y Ashforth, 1989; Holgate y Clegg, 1991; Leiter, 1991).

Otros investigadores consideran que el MBI tiene un componente emocional (integrado por los sentimientos de "agotamiento emocional") y otro componente actitudinal (integrado por "despersonalización" y baja

"realización personal" en el trabajo) (Schaufeli y Dierendonck, 1993; Dierendonck y colaboradores, 1994,).

Por último, otros abogan por mantener tres componentes y la independencia de las tres dimensiones a la hora de ser estimadas, dado que en el síndrome crónico laboral asistencial subyacen elementos diferentes como emociones, actitudes y cogniciones (Gil-Monte y colaboradores, 1995).

En nuestra opinión, los autores que evalúan el síndrome de quemarse por el trabajo a través del MBI como un constructo unidimensional corren el riesgo de desestimar, generalmente, las dimensiones de "despersonalización" y "falta de realización personal" en el trabajo, atendiendo predominantemente a los aspectos de agotamiento emocional.

En contrapartida, los autores que evalúan este síndrome mediante el MBI como un constructo tridimensional consideran los tres aspectos, hasta el punto de que un sujeto con bajas puntuaciones en "agotamiento emocional", pero altas en "despersonalización" y "falta de realización personal" en el trabajo puede ser considerado como un sujeto con altos sentimientos de estar quemado.

Dado que altas puntuaciones en "despersonalización" y bajas en "realización personal" en el trabajo no implican necesariamente altas puntuaciones en "agotamiento emocional" y viceversa, nos encontramos con que se están calificando como sujetos quemados a sujetos con características diferentes y, además, se están tomando como conceptos sinónimos constructos bastante dispares entre sí, que no covarían necesariamente. Por lo tanto, estimar el síndrome de quemarse por el trabajo como un

constructo unidimensional supone perder la perspectiva de síndrome y su valor como indicador de la eficacia de la organización en el servicio al usuario.

Por consiguiente, en nuestro estudio hemos considerado el MBI como un constructo tridimensional, tratando de analizar cada factor y sin perder información que puede resultar valiosa.

Tomando como base esta idea de "estructura tridimensional", y realizado un análisis de componentes principales obtuvimos resultados muy similares a los hallados en otros estudios. Dichos resultados vienen, una vez más, a corroborar la teoría. Es decir, aquellos ítems que contribuyen positivamente a la realización personal influyen negativamente tanto en el cansancio emocional como en la despersonalización.

Quizá el hecho más sobresaliente en nuestro análisis es que la importancia relativa de los factores despersonalización y cansancio emocional es inversa a la propuesta por el manual del MBI. Esto parece indicarnos, que tanto en el personal de enfermería como en los secretarios, el factor que en mayor medida explica el síndrome de estar quemado por el trabajo es la despersonalización.

Los datos nos permiten afirmar que la hipótesis nº 1 (el "cansancio emocional" y la "despersonalización" contribuyen a elevar el nivel de estrés ocupacional) se confirma plenamente.

Al igual que el trabajo de Gil-Monte (1994), nuestro estudio muestra que el personal de enfermería presenta las puntuaciones más altas en la

escala de agotamiento emocional, mientras que algo más bajas corresponden a la escala de despersonalización.

Totalmente en consonancia con el marco teórico, tanto en el colectivo de enfermer@s como en el de secretari@s, podemos afirmar que el síndrome de estrés crónico laboral asistencial es un resultado acumulativo positivo del cansancio emocional y la despersonalización y negativo de la realización personal. Por tanto, nuestros datos apoyan plenamente la hipótesis nº 2 (a mayor "realización personal", menor será el nivel de burnout y consecuentemente de estrés crónico laboral asistencial)

Cabe destacar, además, que en el colectivo de enfermer@s, los varones presentan mayor despersonalización que las mujeres. Este resultado se mantiene para el colectivo de secretari@s.

En relación a las variables sociodemográficas que en mayor medida influyen en el síndrome de estrés crónico laboral asistencial, cabe destacar que el hecho de no tener especialidad lleva al colectivo de enfermería a una mayor despersonalización, debido, por un lado, a una mayor rutinización en el desarrollo laboral, y por otro, a una falta de motivación por tener la sensación de falta de especificidad y poca promoción profesional. Este resultado corrobora plenamente nuestra hipótesis nº 3 (el personal de enfermería sin especialidad muestra niveles más elevados de estrés ocupacional que el que posee especialidad).

Por otro lado, l@s enfermer@s que trabajan en servicios considerados como "no estresantes" presentan una mayor realización personal que quienes lo hacen en servicios "estresantes", hecho relacionado con la me-

jor planificación de los cuidados y control de los mismos, menos viable en los servicios estresantes.

El estado civil también parece influir tanto en el grado de estrés ocupacional como en el control personal percibido alcanzado por el sujeto. Más concretamente, las secretari@s sin pareja presentan mayor despersonalización y cansancio emocional, y menor control personal percibido, que aquéllas que conviven con su pareja. Esto podría deberse a que los sujetos con pareja posiblemente posean una estabilidad emocional-afectiva mayor: el hecho de poder exteriorizar emociones y sentimientos, recibiendo apoyo del cónyuge, alivia el malestar y relaja al sujeto; poder analizar el problema junto a otra persona en la que se confía tal vez permita aumentar nuestro control sobre dicho problema, al saber como actuar cuando vuelva a presentarse.

Estos resultados no han podido ser confirmados para el personal de enfermería, lo cual impide afirmar con rotundidad que, independientemente del colectivo estudiado, los sujetos con pareja presentan niveles más bajos de estrés laboral frente a los sin pareja (hipótesis nº 4).

Nuestros datos, no corroboran la hipótesis nº 5 (la edad se relaciona con el estrés ocupacional: a menor edad mayor nivel de estrés).

Tampoco se aprecia relación alguna entre el número de horas de trabajo y el estrés laboral, lo cual nos lleva a rechazar la hipótesis nº 6 (el número de horas de trabajo influye en el nivel de estrés laboral). Este resultado parece indicar que la importancia de la variable "horas trabajadas" no radica en la cantidad sino en la calidad e intensidad de las mismas.

Por lo que respecta a las variables de personalidad medidas por el Beegc-20, los resultados de nuestro estudio son totalmente coherentes con el marco teórico. Por un lado, la estructura factorial se replica con éxito, y por otro hemos encontrado un importante grado de correlación positiva entre indefensión/no contingencia y suerte, una correlación baja y negativa entre el factor suerte y el control personal percibido; además de una relación negativa entre indefensión y control personal percibido.

Como era de esperar, en el colectivo de secretari@s, el mayor número de hijos se asocia a un menor control personal percibido. Esta afirmación debe, sin embargo, ser matizada. Así, encontramos que los sujetos que tienen un solo hijo son quienes presentan mayor control personal percibido, por encima de quienes no tienen hijos o el número de éstos es superior a uno.

Cuando el número de hijos es superior a uno, el colectivo de enfermer@s presenta una disminución del estrés diario total positivo, tal vez debido a un aumento en la carga de trabajo que conlleva esta situación personal.

En el colectivo de secretari@s, y en consonancia con el marco teórico, la mayor despersonalización se halla en los sujetos que conviven con tres hijos.

Para el colectivo de enfermer@s no se encontró ninguna relación clara entre el número de hijos y las variables de personalidad del Beegc-20, ni tampoco entre el número de hijos y los factores del MBI. Por lo tanto, la hipótesis nº 7 (el número de hijos se relaciona con el estrés ocupacional

en enfermer@s y secretari@s: a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés) solo se confirma parcialmente.

Como demuestran numerosos estudios (Slavitt y colaboradores, 1978; Jerrel, 1983), a mayor experiencia profesional mayor satisfacción y por lo tanto mayor control personal percibido. En nuestra investigación hemos apreciado que, para el colectivo de enfermer@s, cuanto mayor es el número de años dedicados a la profesión, mayor es el grado de control personal percibido. Esta relación parece no darse para el colectivo de secretari@s; por consiguiente no podemos asegurar con rotundidad que se confirme la hipótesis nº 8 (la experiencia profesional se asocia a mayor grado de control personal percibido).

En relación al tiempo dedicado a la profesión cabe añadir que, como parece lógico, l@s enfermer@s con más tiempo en la profesión presentan, además de un mayor control personal percibido, una menor indefensión. Sin embargo, en el colectivo de secretari@s, por una parte, como hemos visto, no existe una relación clara entre el número de años en la profesión y el control personal percibido, y por otra, la mayor indefensión está asociada al mayor tiempo dedicado a la profesión; lo cual supone el incumplimiento de la hipótesis nº 9 (cuanto mayor es el tiempo dedicado a la profesión, menor es la indefensión).

Este último dato resulta un tanto contradictorio, pues la experiencia profesional y el dominio de la técnica deberían ir acompañados de un mayor control. El hallazgo podría estar apoyado en el hecho de que con el paso del tiempo el colectivo de secretari@s 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.

El hecho de trabajar en un servicio estresante, para el que la mayoría de las enfermer@s no están preparad@s, lleva a un número importante de sujetos a confiar en la suerte. Teóricamente, las personas destinadas a este tipo de servicios deberían caracterizarse por presentar un buen "control personal percibido", pero debemos tener en cuenta que la asignación del servicio o departamento en el que trabajan les ha sido impuesta (sin tener en cuenta sus características personales), lo cual no favorece en nada la calidad asistencial prestada por estos sujetos, ni tampoco su control.

De acuerdo con nuestros resultados, el hecho de trabajar en un servicio catalogado de estresante influye en una mayor confianza en la suerte y en una menor realización personal, lo que confirma la hipótesis de trabajo nº 10 (el trabajo en servicios estresantes aumenta el estrés ocupacional, siendo menores las expectativas de control personal percibido del sujeto).

En resumen, trabajar en servicios estresantes, unido a la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo y escasez de personal acaba creando un colectivo de enfermer@s insatisfech@s, desmotivad@s y confiad@s en la suerte.

En relación al estrés diario, los resultados de nuestros análisis señalan que tanto el colectivo de enfermer@s como el de secretari@s presentan un estrés diario total positivo superior al estrés diario total negativo, hecho que sin duda les ayuda a compensar el estrés generado por el trabajo y a reequilibrar su salud mental.

Para l@s enfermer@s, los eventos que en mayor medida parecen contribuir al estrés diario total positivo tienen que ver con aspectos sociales y de comportamiento, mientras que el mayor estrés diario total negativo parece generarse por la falta de relaciones con los demás. En cambio, en l@s secretari@s, parece que los eventos que contribuyen en mayor medida al estrés diario total negativo son los referidos a la carencia de aspectos económicos (salario inferior al personal de enfermería) y sociales, mientras que los aspectos personales son los que proporcionan mayores satisfacciones diarias.

Por lo que respecta a las variables sociodemográficas que en mayor medida influyen en el estrés diario, cabe destacar que, en términos generales, el colectivo de enfermer@s "no fij@s" y "con especialidad" presenta un mayor estrés diario total positivo y negativo que l@s enfermer@s "fij@s" y "sin especialidad". Esto parece sugerir que, de alguna manera, las personas fijas y sin especialidad se ven menos influenciadas por los eventos de la vida diaria.

Por otra parte, hemos hallado que el colectivo de enfermer@s "no fij@s" posee un estrés diario medio superior a quienes son fijas. La justificación de esta relación, que no ocurre en el colectivo de secretari@s, puede hallarse en el hecho de que los sujetos buscan en la vida privada cierta compensación a la incertidumbre generada por su situación laboral.

No hemos encontrado evidencia empírica que confirme nuestra hipótesis nº 11 (el ser fijo en el trabajo trae consigo un mayor grado de satisfacción laboral).

En esta investigación hemos hallado un grupo de 51 personas que se han sentido identificadas con la expresión "me siento acabad@ todos los días o pocas veces a la semana". En este grupo encontramos 35 enfermer@s y 16 secretari@s.

Del estudio exhaustivo de los cuestionarios correspondientes a las enfermer@s quemad@s se consiguió identificar sus características comunes. Éstas son:

- 1.- En general, la mayoría trabajan en servicios considerados estresantes por multitud de autores (Gray-Toft y Anderson, 1981; Fitter, 1987; Dewe, 1988).

En principio, parecería lógico pensar que aquellas personas que trabajan en servicios no estresantes no deberían sentirse quemadas por su trabajo. En nuestra opinión, no debe olvidarse que el exceso de trabajo, la escasez de plantilla y mal ambiente institucional pueden convertir cualquier servicio no estresante en altamente estresante.

- 2.- No existe coincidencia entre especialidad del sujeto y servicio en el que trabaja, lo cual influye muy negativamente en el sujeto ya que no tiene opción de poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas.
- 3.- En general, como hemos expuesto anteriormente, la situación laboral (fijo o eventual) no parece influir en el síndrome de burnout. Sin embargo, es curioso constatar que entre l@s enfermer@s

quemad@s predominan l@s que poseen plaza en propiedad. Este hecho puede deberse a la sensación de quedarse anclado para "siempre" en dicho puesto de trabajo, teniendo pocas posibilidades de cambio y promoción a otros puestos.

4.- Presentan cierta pobreza en las relaciones interpersonales, y muestran una alta despersonalización y cansancio emocional. Su realización personal está disminuida, su control personal percibido es bajo y confían bastante en la suerte. Todos estos datos son plenamente coherentes con la teoría.

5.- Presentan un estrés diario total positivo alto, probablemente para compensar esa situación de falta de control en el trabajo.

6.- Como era de esperar, l@s enfermer@s quemad@s presentan respecto al subgrupo de no quemad@s:

A.- Menor control personal percibido ($F = 17,7042$, $p = 0,0000$).

B.- Mayor confianza en la suerte ($F = 8,7321$, $p = 0,0034$).

C.- Mayor nivel de indefensión ($F = 6,5196$, $p = 0,0113$).

D.- Mayor estrés diario medio ($F = 11,8932$, $p = 0,0007$).

E.- Mayor estrés diario total positivo ($F = 14,6942$, $p = 0,0002$).

F.- Mayor despersonalización ($F = 60,1979$, $p = 0,0000$).

G.- Mayor cansancio emocional ($F = 8,6220$, $p = 0,0037$).

H.- Menor realización personal ($F = 10,8986$, $p = 0,0011$).

Respecto a las secretari@s quemad@s, sus peculiaridades son:

- 1.- Presentan una marcada despersonalización y cansancio emocional, siendo mayores los niveles de despersonalización. Este dato podría estar conectado, por un lado, con las peculiaridades de la muestra y por otro con las características del puesto de trabajo.
- 2.- Su control personal percibido se halla ciertamente disminuido, frente a la presencia de valores de indefensión/no contingencia relativamente altos.
- 3.- Presentan una marcada despersonalización y cansancio emocional. Podemos afirmar que no confían excesivamente en la suerte, pero tampoco la desestiman.
- 4.- Al igual que sucede con el colectivo de enfermer@s, presentan un estrés diario total positivo superior al estrés diario total negativo. Ambos colectivos tratan de compensar los aspectos negativos laborales con aspectos positivos de la vida diaria.

5.- Por lo que respecta a las diferencias del subgrupo de secretari@s quemad@s en relación al de no quemad@s, cabe destacar que éstas presentan:

A.- Mayor autoeficacia y éxito ($F=11,5949$, $p=0,0000$).

B.- Menor indefensión ($F=5,1995$, $p=0,0248$).

C.- Mayor grado de contingencia ($F=5,5354$, $p=0,0206$).

D.- Menor despersonalización ($F=25,1351$, $p=0,0000$).

E.- Menor cansancio emocional ($F=3,9614$, $p=0,0493$).

F.- Mayor realización personal ($F=4,0883$, $p=0,0459$).

Hemos llegado a la conclusión de que tanto para el colectivo de secretari@s como para el de enfermer@s, los dos factores que en mayor medida permite diferenciar entre "quemad@s" y "satisfech@s" son el grado de despersonalización alcanzado por el sujeto y su falta de control personal percibido.

Sin embargo, mientras que en l@s enfermer@s, junto a estos dos factores se sitúan, por orden de importancia, el estrés diario medio, la realización personal, el estrés diario total positivo, el cansancio emocional, la suerte y la indefensión; en el caso de las secretari@s son: la realización personal, la indefensión y el cansancio emocional

Los resultados anteriores parecen indicar, a nuestro juicio, dos aspectos diferenciadores entre los colectivos estudiados. Por un lado, parece que en las secretari@s el estrés diario medio y el estrés diario total positivo, altamente correlacionados entre si, no influyen en el sentimiento de "estar quemad@" o "satisfech@"; por otro, parece que mientras para el colectivo de enfermer@s el grado de confianza en la suerte puede ser un elemento que ayuda a diferenciar entre "quemad@s" o "satisfech@s", para l@s secretari@s la mayor o menor confianza en la suerte no tiene ningún efecto sobre tal sentimiento.

Lo anterior sugiere que el cumplimiento de la hipótesis de trabajo n° 15 (cuanto mayor es la insatisfacción laboral presentada por un individuo, mayor es su creencia en la suerte) depende del colectivo analizado.

Existe un cierto grado de acuerdo, entre los investigadores que estudian el síndrome de quemarse por el trabajo, al considerar que los profesionales más proclives a padecer dicho síntoma son sujetos empáticos, sensibles, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás. Otros estudios (p.e., Cherniss, 1993) han mostrado que los sujetos con un patrón de personalidad tipo A, baja autoconfianza y alto locus de control externo, experimentan con mayor frecuencia sensaciones y actitudes del síndrome de quemarse por el trabajo.

Una característica de personalidad que se asocia significativamente con el síndrome de quemarse en el trabajo es el locus de control. Esta variable alude a la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones (locus

interno) o por fuerzas externas como otras personas, la suerte o el destino (locus externo).

Diferentes estudios han mostrado que los profesionales de enfermería con locus de control externo son más propensos a sentirse quemados por el trabajo que los profesionales con control personal percibido (contingencia, autoeficacia, éxito). Además, cuando el síndrome de quemarse por el trabajo es estimado a través del MBI, el locus de control incide especialmente sobre la dimensión de realización personal en el trabajo. En este sentido, los sujetos con locus de control externo (suerte) experimentan con más frecuencia bajos sentimientos de realización personal en el trabajo que los sujetos con un buen control personal percibido (Fuqua y Couture, 1986; Capel, 1987; Willson y Chiwakata, 1989).

Una explicación para estos resultados radica en que los sujetos con un buen control personal percibido, frente a los que confían en la suerte, perciben que tienen más control de la situación, lo cual influye en las expectativas de afrontamiento, en el sentido de buscar información, enfrentarse con el problema y recurrir más al apoyo social. Los confiados en la suerte, por el contrario, son más propensos al desamparo y al empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Ellis y Miller (1993), con objeto de averiguar hasta qué punto influía el control personal y la participación en la aparición del burnout en el personal de enfermería, llevaron a cabo un estudio con una muestra de 490 profesionales de enfermería que prestaban sus servicios en el medio hospitalario. Llegaron a la conclusión de que un buen control personal percibido, al igual que una participación en la toma de decisiones que les afec-

taban interfería de manera sustancial en la presencia de agotamiento emocional en estas enfermeras.

Mcknight y Glass (1995) trataron de observar, en una muestra de 100 enfermeras, cuáles eran los síntomas del burnout y de la depresión. Utilizando análisis de ecuaciones estructurales llegaron a la conclusión de que no existía una secuencia temporal que relacionase los síntomas depresivos con los del burnout. Los resultados hallados sugieren que existe una influencia directa del control sobre el burnout: a mayor control, menor burnout.

Cherniss (1993) afirma que los sentimientos de ser competentes son un fuerte motivador para los seres humanos, y que cuando estos sentimientos se frustran los sujetos experimentan diferentes síntomas del síndrome de burnout. Esta frustración, y los sentimientos de fracaso psicológico que suponen, llevarían al sujeto a un retiro emocional de la situación, que es uno de los síntomas que presenta el síndrome. Parece adecuado afirmar que los sujetos con mayores expectativas de eficacia y competencia experimentan significativamente, con mayor frecuencia, sentimientos de realización personal en el trabajo, y en menor medida, bajos sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización.

Ninguno de los estudios que han analizado las relaciones entre variables de personalidad y burnout abordan los constructos de LOC (contingencia, indefensión y suerte), autoeficacia y las expectativas de éxito (optimismo) conjuntamente y desde un modelo integrador-diferenciador como lo hace la BEEGC-20. Este modelo trata de situar las variables de personalidad en el lugar que les corresponde. Esto es, hablar

del control interno-externo es excesivamente general y son necesarias este tipo de diferenciaciones para poder analizar con esmero las relaciones entre el conjunto integrado de variables de personalidad y los factores del burnout.

Tampoco hemos encontrado ningún estudio que abarque conjuntamente el análisis de las relaciones entre los factores del burnout (MBI), el estrés diario (CED) y las variables de personalidad (BEEGC-20).

Nuestra investigación ha confirmado plenamente los comentarios precedentes referidos a la relación burnout-variables de personalidad. Así, en el colectivo de secretari@s encontramos que el control personal percibido influye positivamente en el grado de realización personal y de forma negativa en el cansancio emocional y, sobre todo, en la despersonalización.

Este mismo comentario es válido para el colectivo de enfermer@s. Aunque la única variable del control personal percibido que influye directa y positivamente en la realización personal es la contingencia, no debemos olvidar que el grado de correlación de ésta con el éxito y la autoeficacia es muy elevado. En concreto, para el modelo IVE de ecuaciones estructurales, la correlación éxito-contingencia es de 0,872, y la correlación contingencia-autoeficacia es de 0,891. Por otra parte, aunque no existe una relación directa entre control personal percibido y despersonalización, si se establece, a través de la relación realización personal-despersonalización, un efecto causal indirecto.

En términos generales, podemos afirmar que las variables de personalidad del Beegc-20 tienen una gran importancia en la explicación del

síndrome de burnout. Sin embargo, es preciso matizar que la importancia relativa de cada uno de los constructos de personalidad puede ser diferente en función del colectivo estudiado. Así, por ejemplo, mientras el éxito juega correctamente un papel mediador, en el colectivo de secretari@s, entre los constructos del Beegc-20 y del MBI, dicha mediación no es significativa en el colectivo de enfermer@s.

Los resultados comentados en los párrafos precedentes permiten afirmar que nuestros datos apoyan plenamente las hipótesis de trabajo nº 12 (cuanto mayor es la autoeficacia mostrada por las personas de nuestros colectivos, menor será su nivel de estrés ocupacional), nº 13 (a mayor éxito, menor estrés ocupacional) y nº 14 (cuanto mayor sea el estrés ocupacional, menor será el grado de contingencia mostrado por el sujeto).

Por otra parte, respecto a la polémica sobre las fases del desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo, parece claro que, tanto en el colectivo de enfermer@s como en el de secretari@s, la primera fase corresponde a bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Sin embargo, mientras que en la muestra de secretari@s parece que, junto a los bajos sentimientos de realización personal en el trabajo, surgen altos sentimientos de agotamiento emocional, y cuando ambos se intensifican y cronifican se manifiestan, como una estrategia de afrontamiento, las actitudes de despersonalización, los resultados obtenidos para las enfermer@s (influencia recíproca entre los constructos despersonalización y cansancio emocional) nos hacen cuestionarnos si los altos sentimientos de cansancio emocional aparecen, como postulan algunos autores (Gil-Monte y colaboradores, 1995), simultáneamente a los de baja reali-

zación personal en el trabajo o son una fase posterior en el desarrollo del síndrome de burnout.

Ciertamente los resultados de nuestros análisis no permiten concluir nada sobre el particular, pues el hecho de que la realización personal y el cansancio emocional influyan en la despersonalización (como muestra el análisis de ecuaciones estructurales para la muestra de secretari@s) no indica que aparezcan de forma simultánea. En nuestra opinión, el cansancio emocional es la segunda fase de este proceso y está tan cercana a la despersonalización que no creemos descabellado afirmar que los síntomas de ambas fases puedan presentarse a la vez, e incluso, en ocasiones, alternativamente.

Antes de concluir las discusiones de los resultados hallados en nuestra investigación nos gustaría mencionar la importancia que, a nuestro juicio, representa en el estrés ocupacional la mejora del ambiente organizacional a todos los niveles, tanto desde una perspectiva general, con contenido político, como desde el punto de vista de aspectos concretos que generan situaciones fastidiosas a los profesionales y producen malestar en el día a día de su ejercicio profesional.

Cabe mencionar que una de las más importantes causas del burnout encontradas, en relación al personal de enfermería, señala deficiencias en la estructura de la organización (Cooper, 1983; Hingley y Cooper, 1986; Belfer, 1989), en la medida en que no favorece la participación de estos profesionales para tomar decisiones o establecer cambios importantes en su ambiente o sistema de trabajo.

No colaborar en la elaboración de planes terapéuticos o no ser consultad@ para la estructuración y organización del trabajo, junto con la no participación en la toma de decisiones sobre otro tipo de asuntos que les afectan resulta estresantes para algun@s enfermer@s (Browner, 1987; Bates y Moore, 1975).

Diversas investigaciones han identificado el proceso de toma de decisiones como un importante factor organizacional que afecta a la salud mental y física de los empleados (Matteson y Ivancevich, 1987). La evidencia correlacional de una asociación positiva entre participación en la toma de decisiones y satisfacción es relativamente consistente en diversos estudios (Vanderslice y colaboradores, 1987; Winnubst, 1993; Cox y colaboradores, 1993). Además, esta participación, cuando las decisiones son importantes y las características y necesidades de los empleados la justifican, aumenta el compromiso de los mismos con la organización, produce una comunicación más abierta, puede afectar aumentando la motivación para rendir más y mejor, y puede conducir a una reducción significativa de la resistencia de los empleados a la realización de cambios importantes en la organización (Matteson y Ivancevich, 1987; Peiró, 1997).

Dicha participación se ha asociado consistentemente con reducciones en la capacidad estresante de dos importantes fuentes de estrés como son el conflicto y la ambigüedad de rol (Jackson y Schuler, 1983). Éstos dos últimos estresores son asociados positivamente con tensión emocional y negativamente con satisfacción laboral. Parece, en definitiva, que cuando participación y conflicto de rol interaccionan influyen sobre otros aspectos como la satisfacción laboral y el rendimiento.

Jackson y Schuler (1983) concluyen que la participación en la toma de decisiones se muestra como un importante agente causal de estrés de rol y, como consecuencia, que altos niveles de participación conducirían a una menor tensión de rol.

Los hallazgos de Gray-Toft y Anderson (1985) con personal sanitario sugieren que éste está más satisfecho y rinde mejor cuando se crea un ambiente que permite una expresión abierta de sus opiniones y la solución conjunta de problemas por el grupo de trabajo. Este ambiente organizacional lleva a unas relaciones más gratificantes y abiertas entre los empleados, que a su vez reduce la ambigüedad de rol, lo que en última instancia repercute sobre el estrés, satisfacción laboral y absentismo.

Concretamente, en el grupo de enfermer@s de nuestro estudio, en nuestra opinión, ese sentimiento de no participación en la toma de decisiones está afectando muy negativamente su desarrollo profesional.

Otro factor que no debe desestimarse es la falta de apoyo de los superiores, que se percibe como estresante por numerosos profesionales. Quizá por ello, entre las sugerencias para aliviar el estrés en su profesión, abundan las referencias a la dirección del hospital, los supervisores y, en general, a los superiores.

Algunos autores sugieren (Firth y colaboradores, 1986 y 1987) que una dirección con unas expectativas claras y comprensibles, con información adecuada por parte de los superiores de lo que está bien o mal hecho, son de gran importancia para evitar el desencanto y desmotivación que presenta el personal de enfermería.

Constable y Russel (1986) estudiaron los efectos de diversos aspectos del ambiente de trabajo hospitalario sobre "burnout" en personal de enfermería, y además evaluaron los efectos del apoyo social en la reducción o atenuación de la relación entre aspectos negativos del ambiente de trabajo y el burnout. Este estudio demostró que un apoyo alto del/la supervisor/ra puede ayudar a l@s enfermer@s a afrontar los aspectos negativos del trabajo. En la medida que aumenta el apoyo del supervisor, la relación negativa entre aspectos laborales y burnout desaparecía.

Los resultados indican que l@s enfermer@s son más susceptibles al burnout cuando trabajan en áreas donde se les estimula poco a ser autosuficientes, no se entienden claramente las tareas, los reglamentos y políticas no son comunicados explícitamente, hay ausencia o escasez de nuevos planteamientos, y el entorno laboral es menos atractivo y confortable.

Firth y colaboradores (1986) también se plantearon si el apoyo interpersonal percibido se relaciona con aspectos de burnout en el trabajo. Con ciertas reservas, los resultados les llevaron a la conclusión de que el apoyo del supervisor, en forma de respeto y simpatía, contribuía a reducir el agotamiento emocional en el personal de enfermería. Así pues, el apoyo social laboral tendría efectos preventivos, más que terapéuticos, en la reducción del estrés ocupacional y el burnout (Dignam, Barrera y West, 1986).

Savicki y Cooley (1987) encontraron que los ambientes de trabajo asociados a bajos niveles de burnout eran aquellos en los que los trabajadores estaban muy comprometidos con su trabajo, donde se potencian las relaciones entre compañeros de trabajo, y donde existe apoyo de l@s supervisor@s. Numerosos profesionales consideran que una reducción de la car-

ga asistencial, del número de pacientes, sería enormemente beneficioso para la solución de muchos de sus problemas.

Wimbush (1983) estudió la proporción idónea de enfermer@s que necesitaba cada paciente en función de su gravedad. El estudio mostró que era necesaria una proporción de 3,8 enfermer@s por paciente ingresado en la UCI. De esta forma se prestaba el mejor servicio al paciente, y el personal no se veía desbordado de trabajo, evitando el riesgo de caer en burnout.

Las sugerencias de Pines y Maslach (1993) para prevenir la aparición de burnout son de tipo organizacional: reducir la proporción de pacientes por empleado, reducir el horario de trabajo, dar más oportunidades para el descanso, que los empleados compartan la carga de pacientes, reorientar los objetivos de las reuniones de personal, mejorar las relaciones laborales (sistema de apoyo), proporcionar "retiros" y "jornadas" de encuentro a los trabajadores más veteranos donde puedan, lejos de sus lugares de trabajo cotidiano, hablar de sus problemas y replantearse nuevos objetivos laborales colectivamente, prestando atención a los problemas individuales, y preparar a los estudiantes para afrontar los estresores futuros.

Es importante que la dirección-administración establezca metas, planifique y coordine de forma que favorezca la participación del personal en la toma de decisiones, se reduzca la ambigüedad de rol y por consiguiente se llegue a un incremento en la satisfacción laboral, a la vez que disminuye el absentismo.

Ante la carencia de este ambiente organizacional adecuado, no es extraño que el personal de enfermería opte por una estrategia de afronta-

miento, a la larga nociva, como es la despersonalización. En nuestra opinión, ésta debería ser denominada "robotización" o "frialidad emocional".

Este cambio en la terminología viene motivado porque consideramos que el término despersonalización es una traducción poco afortunada. En nuestra opinión, existe una disociación entre el concepto que sugiere este vocablo y lo que con él pretende sugerirse. El término despersonalización es empleado en psicopatología para referirse a otro tipo de cuestiones que nada tiene que ver con lo que aquí nos compete: designa un cambio importante en la consciencia del si mismo, en el cual el individuo siente como si fuera irreal; El paciente pierde el sentimiento de realidad que tenía de si mismo o del entorno.

Sin embargo, los diferentes autores que tratan el síndrome de burnout, cuando hablan de despersonalización lo hacen como una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. Es decir, están aludiendo a la frialidad emocional más que a la despersonalización.

El sujeto, al no poder participar activamente en las decisiones que le afectan opta por hacer el trabajo de forma mecánica, sin cuestionarse el por qué, llegando con el tiempo a un alto cansancio emocional.

Como señala el modelo de competencia social de Harrison (1985), el sujeto percibe como su trabajo pierde eficacia personal y ve disminuida la competencia percibida, todo ello lleva al sujeto a quemarse en el trabajo. Este autor señala factores de ayuda y de barrera. Si el sujeto encuentra un entorno con factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen por-

que el sujeto no acaba de conseguir sus objetivos y esto le afecta negativamente. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de quemarse por el trabajo, que trata de solventar actuando mecánicamente aún sabiendo que esto no puede seguir así.

Pines (1993) ha desarrollado un modelo similar al de Harrison, con la excepción de que Pines incorpora la idea de que sólo los sujetos que intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegarán a quemarse. Según este autor, un sujeto que no está inicialmente muy motivado puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el síndrome de quemarse por el trabajo. La motivación, el sentido existencial a su trabajo, y en definitiva la vocación es una constante en el colectivo de enfermeros, lo cual si permite dar explicación a dicho modelo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El término estrés ha sido utilizado a partir del siglo XIV para referirse a experiencias negativas, tales como adversidades, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc. A partir del siglo XVII, por influencia de Hooke, el concepto de estrés se asoció a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión, etc.. Desde la física, dicho concepto se definió como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Estos conceptos de carga, fuerza, distorsión, etc., fueron adoptados por la filosofía, psicología y sociología e influyeron en el desarrollo de las teorías sobre el estrés.

Sin embargo, a pesar del paso del tiempo, el término estrés sigue siendo ambiguo y se abusa de su utilización. Consecuencia de ello, el conocimiento que tenemos actualmente sobre el tema resulta bastante difuso y heterogéneo.

El concepto de estrés debe ser entendido como un fenómeno multimodal. Básicamente debemos deducir que el estrés es un fenómeno complejo, que implica al menos a estímulos y respuestas y a procesos psicológicos que median entre ambos.

Selye ofrece una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables: el estresor y la respuesta de estrés. Este autor señala que la respuesta de estrés está constituida por un mecanismo tripartito que denomina Síndrome General de Adaptación. Este síndrome comprende tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento.

En este sentido cabe mencionar que el grupo de Holmes es, sin duda, uno de los principales responsables del desarrollo, al menos en su fase inicial, de esta orientación del estrés como acontecimiento estimulador.

Lazarus y Folkman (1986) entienden el estrés como una transacción cognitiva persona-ambiente. Las situaciones de estrés se han considerado, desde diferentes enfoques y concepciones, como acontecimientos vitales de cambio que exigen un esfuerzo adaptativo a la persona (Holmes y Rahe, 1967), como tensiones generales por el desempeño de determinados roles o tareas (Pearling, 1983) o como "hassles" (una multitud de acontecimientos o situaciones fastidiosas y conflictivas que conforman nuestra vida cotidiana).

Actualmente, en psicología, el modelo dominante es el transaccional, tanto en el ámbito general como en el laboral. El estrés constituye un sistema de transacción complejo y dinámico entre la persona y su entorno. La idea central se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación. La evaluación cognitiva es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal (Lazarus y Folkman, 1986).

Éstas (las personas) tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. El estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno.

Desde el punto de vista de la psicobiología, el estrés se sitúa entre la sobreestimulación y la acción atenuadora del organismo que implica una estrategia adaptativa y no una simple evitación.

En definitiva, el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas, hasta el punto de poder producirse una separación entre las condiciones del sujeto y las amenazas objetivas del entorno.

Datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) indican que en las últimas décadas se ha producido un aumento de las enfermedades de adaptación, asociadas al estrés laboral, al tiempo que ha disminuido la incidencia de las enfermedades infecciosas. El estrés lo soportan cotidianamente directivos, trabajadores, amas de casa, parados, jubilados, escolares, universitarios, etc. El estrés es la plaga de fin de siglo.

Las tensiones cotidianas, encarnadas en el trabajo, el tráfico y los problemas de familia, someten a las personas a unos niveles de ansiedad insoportables. Hay que aprender a controlar estas situaciones de tensión si no se quiere ser presa de numerosas enfermedades físicas y mentales. Se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés.

Vivimos en una sociedad estresante. El ambiente que nos circunda favorece este estado de estrés; por un lado tenemos todos los agentes ambientales naturales y además los agentes artificiales. Todos ellos, contribuyen al llamado estrés ambiental, los cuales tienen tanta importancia como los estresores psicosociales en el estrés laboral.

El estrés ambiental y el estrés laboral influyen en gran medida en el estado de salud del individuo. En esta tesis nos hemos ceñido al estrés laboral, y más concretamente al del medio hospitalario, que es en definitiva donde el personal de enfermería desarrolla su quehacer profesional.

Las fuentes de estrés laboral más importante pueden agruparse en tres categorías: 1) factores relacionados con el trabajo; 2) factores externos o no relacionados con el trabajo y 3) características individuales o personales.

Los factores externos y los relacionados con el trabajo conducen a la tensión de percepción; no obstante, algunas características personales pueden moderar estos factores o tener un efecto directo sobre los fisiológicos.

Las tensiones percibidas en relación con el trabajo desarrollado en el medio hospitalario, así como las tensiones de la propia vida, siguen fundamentalmente dos vías: una psicológica y otra fisiológica. En la tensión física y psíquica experimentada por el personal sanitario intervienen una serie de factores propios del hospital como sistema y como institución.

Un hospital es una estructura muy compleja y estresante en la que se insertan diversas organizaciones de gestión cuyo objetivo prioritario debe ser devolver la salud al paciente. Considerándolo como sistema altamente jerarquizado, en el que se hallan inmersos médicos, enfermeras y enfermos, que son los protagonistas de las relaciones en el hos-

pital, estos tres elementos constituyen la dinámica triada de dicho sistema.

Nosotros nos hemos centrado en el colectivo de enfermería, que es el que tiene el trato más duradero y continuado con el paciente.

Actualmente, la profesión de enfermería pasa por una crisis de insatisfacción. Much@s enfermer@s no encuentran motivación en su trabajo, tienen la impresión de que el tiempo pasa muy lentamente, se han olvidado de que el cometido de todo profesional sanitario debe ser la vieja máxima: "curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre". Han olvidado que una palabra amable del/la enfermer@ es el primer fármaco, supone un gran alivio, una gran confianza y seguridad en el personal sanitario.

Existen muchas razones que justifican o permiten entender esta situación que, en nuestra opinión, ha sido engendrada por el propio sistema hospitalario.

El ambiente institucional suele esgrimirse como la causa fundamental del estrés que sufren l@s enfermer@s y que les conduce finalmente a esa sensación de "estar quemad@".

El "síndrome de estar quemado" puede definirse como un estado que se caracteriza por una actitud de pasividad, de indiferencia y superficialidad o de falta de colaboración. Las características psicológicas del individuo son, en cierta medida, determinantes en el síndrome de burnout.

La exposición crónica a los estresores que presenta el medio hospitalario puede tener como consecuencia un descenso del rendimiento o un deterioro de la calidad del trato ofrecido al paciente. Los diferentes investigadores han expresado su convicción de que el síndrome se encuentra muy relacionado con el estrés personal subsiguiente a las condiciones laborales y características de los trabajadores sanitarios.

Los profesionales de la salud que padecen este síndrome pierden los sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia sus pacientes, a quienes pueden dirigirse con una actitud deshumanizante y única.

Con objeto de comprender mejor el síndrome de burnout y su relación tanto con algunas variables de personalidad como con el estrés de la vida cotidiana o estrés diario hemos estudiado una muestra de enfermer@s (n=265) y, como grupo control, una muestra de secretari@s (n=100). Los instrumentos seleccionados para lograr los objetivos pretendidos en este estudio fueron: un cuestionario en el que se solicitaban datos de tipo sociodemográfico, el test MBI (Inventario de Burnout de Maslach) para medir el estrés ocupacional, el test BEEGC-20 (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control) para medir las variables de personalidad y el CED (Cuestionario de Estrés Diario) para obtener una medida del estrés diario.

Nuestros datos han contribuido a poner de relieve lo siguiente:

- 1.- Tanto para el colectivo de enfermer@s como para el de secretari@s, hemos replicado satisfactoriamente la estructura factorial tridimensional del MBI, propuesta por el marco teórico. Es decir, existen tres factores principales que influyen en el estrés la-

boral asistencial: despersonalización, cansancio emocional y realización personal.

- 2.-Nuestros resultados ponen de relieve que la importancia relativa de los factores I y II del MBI (despersonalización y cansancio emocional, respectivamente) en la explicación del burnout es inversa a la mostrada en el manual del MBI. Es decir, mientras que en nuestros resultados, el factor I representa la despersonalización y el factor II el cansancio emocional, en el manual del MBI el porcentaje de varianza explicada por este último factor (cansancio emocional) es mayor al porcentaje de varianza explicada por el factor despersonalización.

Este hecho no debe ser considerado como un problema pues el marco teórico define el síndrome del estrés laboral asistencial como un resultado acumulativo positivo del cansancio emocional y despersonalización, y negativo de la realización personal.

El hecho de que en determinadas ocasiones sea más importante en la explicación del fenómeno uno u otro factor dependerá principalmente de las características y peculiaridades de la muestra.

- 3.- Hemos comprobado que, para la muestra de enfermer@s, las variables de personalidad propuestas por el BEEGC-20 pueden agruparse, en tres factores: "control personal percibido", "suerte" e "indefensión/no contingencia".

En la muestra de secretari@s, los tres factores del control personal percibido (contingencia, autoeficacia y éxito) forman dos constructos separados: "autoeficacia y éxito" y "contingencia". Así, en esta muestra se aprecian claramente cuatro factores principales: "autoeficacia y éxito", "indefensión/no contingencia", "suerte" y "contingencia".

- 4.- Fases en el proceso de desarrollo del burnout: Respecto a la polémica abierta entre los investigadores que abordan el síndrome de quemarse desde una perspectiva psicosocial, sobre el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan la despersonalización, el cansancio emocional y la realización personal, nuestros resultados muestran que tanto en el colectivo de enfermer@s como en el de secretari@s, la primera fase en el desarrollo del síndrome de burnout corresponde a bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

En cuanto a las siguientes fases, en la muestra de secretari@s parece claro que junto a los bajos sentimientos de realización personal en el trabajo aparecen altos sentimientos de agotamiento emocional. Cuando ambos se intensifican y cronifican surgen, como una estrategia de afrontamiento, las actitudes de despersonalización.

Sin embargo, los resultados obtenidos para las enfermer@s nos hacen cuestionarnos si los altos sentimientos de cansancio emocional se muestran, como postulan algunos autores, simultáneamente a los de baja realización personal en el trabajo o son una fase posterior en el desarrollo del síndrome de burnout.

Ciertamente los resultados de nuestros análisis no permiten concluir nada sobre el particular. En nuestra opinión, el cansancio emocional es la segunda fase de este proceso y está tan cercana a la despersonalización que no creemos descabellado afirmar que los síntomas de ambas fases puedan presentarse a la vez, e incluso, en ocasiones, alternativamente.

5.- Conflicto de roles por número de hijos: En el colectivo de secretari@s, si el número de hijos que conviven con el sujeto es mayor que uno, se establece una relación positiva entre esta variable (número de hijos) y el grado de despersonalización; mientras que la relación hijos que conviven con el sujeto - control personal percibido es negativa.

Las relaciones anteriormente mencionadas entre las variables se mantiene cuando el número de hijos que conviven con el sujeto es cero; es decir, el no tener hijos también lleva a la despersonalización y a un bajo control personal percibido.

Esta conclusión es totalmente coherente con nuestro marco teórico y a su vez presenta cierta lógica. Esto es, los sujetos con excesiva carga de trabajo a nivel personal, que se añade a la laboral, tienen que optar por una actitud despersonalizada para poder afrontar sus deberes y obligaciones diarias.

Por lo que respecta a la muestra de enfermer@s, hemos detectado la existencia de una relación negativa entre el número de hijos y el estrés diario total positivo. Esto es, a mayor número

de hijos, los sujetos presentan, por término medio, menor nivel de "satisfacción diaria".

- 6.-Años de experiencia: En la muestra de enfermer@s se confirma que los años de experiencia favorecen el control personal percibido, disminuyendo la indefensión/no contingencia. Sin embargo, en el grupo de secretari@s, contrariamente a lo esperado, los años de experiencia profesional les llevan a mayor indefensión/no contingencia.

La razón que podría justificar este hecho está en las pocas expectativas de promoción que posee el colectivo secretari@s, lo cual puede llevarle a experimentar una mayor frustración y consecuentemente a sentirse más indefens@s ante ciertas situaciones estresantes.

- 7.- Jornada laboral: En ambas muestras (enfermer@s y secretari@s) parece ser que el número de horas de trabajo no afecta al nivel de estrés ocupacional.

La explicación a este resultado podría hallarse en el hecho de que no influye tanto la cantidad de horas de trabajo, sino la calidad de dichas horas. Es decir, no es lo mismo trabajar relajadamente que estar sometido, a lo largo de las siete/ocho horas de trabajo, a una tensión constante y prolongada en el tiempo, la cual acaba pasando factura.

- 8.- Tener pareja: Otro dato significativo, hallado en nuestra tesis, es que el colectivo secretari@s sin pareja presenta un grado de

autoeficacia, éxito y contingencia menores, junto con una mayor despersonalización y cansancio emocional, respecto del colectivo secretari@s con pareja.

El personal de enfermería, sin embargo, no comparte estos resultados.

9.- **Influencia del sexo:** Los varones presentan mayor grado de despersonalización que las mujeres.

Este hecho ha sido corroborado en nuestras dos muestras, aunque cabe destacar que es algo más acusado en el colectivo de secretarios.

El hombre y la mujer presentan diferencias biológicas y psicológicas. En términos generales, la mujer presenta características más emotivas y menos pragmáticas; en cambio el varón opta por actitudes más resolutivas. El varón soluciona momentáneamente esta sensación de estar quemado con una estrategia de afrontamiento llamada despersonalización, resolviendo el problema a corto plazo, pero dicha estrategia es nociva con el paso del tiempo.

10.- **Estrés diario:** En el colectivo de enfermer@s, en términos generales, hemos encontrado un estrés diario total positivo junto a un cierto grado de burnout.

Este hecho sugiere que, en este colectivo, el estrés diario tiene importancia en la explicación del proceso de desarrollo del sín-

drome de burnout. Hemos demostrado que, en las enfermer@s, el estrés diario juega, respecto a dicho síndrome, un claro papel amortiguador, moderando sus efectos negativos o retrasando su aparición.

Sin embargo, para la muestra de secretari@s, los resultados no nos permiten afirmar que el estrés diario juegue el papel amortiguador al que hemos aludido. Es más, en el colectivo de secretari@s el estrés diario no parece tener importancia en la explicación del proceso de desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo.

- 11.-Organización hospitalaria: El sistema hospitalario no tiene en cuenta cuáles son las actitudes, aptitudes y conocimientos de los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en dicha institución. Esto trae consigo gran desmotivación y desilusión.

En nuestra muestra de enfermer@s, los sujetos que poseen especialidad no trabajan en los servicios correspondientes a ésta. Con tal planteamiento el sistema hospitalario hace que los profesionales, a la larga, presten unos cuidados de una calidad relativa debido a esa falta de atención del sistema.

Vista la poca consideración que presta la institución a este tipo de cuestiones, el personal de enfermería ha optado por hacer el trabajo mecánicamente y lo antes posible, sin detenerse en cuestiones como, por ejemplo, la buena comunicación, información a los pacientes, trato afable, etc. Esta estrategia de afrontamiento, llamada despersonalización, es una forma más de proteger su

propio "yo" ante las agresiones continuas que presenta el ambiente hospitalario.

En el grupo de enfermer@s el hecho de trabajar en un servicio catalogado de estresante influye en que el factor suerte este más presente, dada la incertidumbre generada por la falta de control. Lógicamente, el colectivo que trabaja en servicios no estresantes presentan una mejor realización personal que los sujetos que lo hacen en servicios estresantes.

En resumen, podemos afirmar que, trabajar en servicios estresantes, unido a la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo y escasez de personal acaba creando un colectivo de enfermer@s insatisfech@s, desmotivad@s y confiad@s en la suerte.

12.- Derpersonalización versus robotización: El término despersonalización es entendido (Maslach y Jackson, 1986) como una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja, que en este caso serían los pacientes.

Sin embargo, este vocablo (despersonalización) es empleado en psicopatología para referirse a un cambio particular en la conciencia de si mismo, en el cual el individuo siente como si fuera irreal. El sujeto o paciente pierde el sentimiento de realidad que tenía de si mismo o del entorno.

Por lo tanto, en nuestra opinión, la utilización del término despersonalización es poco afortunada, ya que el concepto asociado a este vocablo es otro muy diferente al pretendido. Por ello su-

gerimos como más oportuno el uso de la palabra "robotización", que creemos más acertada en relación al tema planteado en esta investigación.

Gran parte de los hospitales presentan un ambiente hostil y desagradable para el paciente, y sobre todo para el profesional de enfermería. Éste supera esta situación llevando a cabo su trabajo mecánicamente, sin tener en cuenta que trata con personas. Esta estrategia de actuación, para hacer frente a las múltiples situaciones estresantes que se presentan, da una imagen de "robot", gente sin sentimientos, tratando los temas con gran frialdad emocional, pues de otra forma sería francamente duro seguir trabajando en dichas condiciones.

- 13.- Personal quemado: En nuestro estudio se detectó sendos grupos de enfermer@s (n=35; 13,25% del total de la muestra) y secretari@s (n= 16; 16% del total de la muestra) que eligieron como respuesta al ítem MBI20 (me siento acabad@) el valor seis (todos los días) o la cinco (pocas veces a la semana).

Hallamos que ambos subgrupos de "quemad@s" presentaban valores medios, para los factores cansancio emocional y despersonalización, mayores a los mostrados para dichos factores por la totalidad de la muestra. Por el contrario, el nivel medio de realización personal de los subgrupos de "quemad@s" es más bajo que el presentado por la totalidad de la muestra.

Cabe destacar, además que entre l@s quemad@s, los secretarios presentan la despersonalización más acusada.

La razón por la cual el grado de despersonalización es más acusado en el grupo de secretarios puede deberse, además de a las diferencias biológicas y psicológicas, propias del sexo, a la frustración presentada por no verse cumplidas las expectativas e ilusiones puestas en dicho trabajo; tal vez, esperaban más de lo que la Administración Pública les ofrece.

- 14.- Quemad@s versus satisfech@s:** Nuestros resultados permiten afirmar que, en los dos colectivos de nuestro estudio, las variables que en mayor medida permiten discernir si un sujeto está quemado o satisfecho en su trabajo son: su grado de despersonalización y el de control personal percibido.

Sin embargo, respecto al resto de variables que permiten diferenciar entre quemad@s y satisfech@s, existen entre los colectivos de enfermer@s y secretari@s matices diferenciadores.

Por un lado, parece que en l@s secretari@s el estrés diario medio y el estrés diario total positivo, altamente correlacionados entre si, no influyen en el sentimiento de "estar quemad@" o "satisfech@"; por otro, parece que mientras para el colectivo de enfermer@s el grado de confianza en la suerte puede ser un elemento que ayuda a diferenciar entre "quemad@s" o "satisfech@s", para l@s secretari@s la mayor o menor confianza en la suerte no tiene ningún efecto sobre tal sentimiento.

- 15.- Burnout y variables de personalidad:** Podemos afirmar, en términos generales, que las variables de personalidad del Beegc-20 tienen una gran importancia en la explicación del síndrome

de burnout. Sin embargo, es preciso matizar que la importancia relativa de cada uno de los constructos de personalidad puede ser diferente en función del colectivo estudiado. Así, por ejemplo, mientras el éxito juega correctamente un papel mediador, en el colectivo de secretari@s, entre los constructos del Beegc-20 y del MBI, dicha mediación no es significativa en el colectivo de enfermer@s.

Debemos apuntar, no obstante, que la variable indefensión ha mostrado, en ambos colectivos, una potente influencia sobre el cansancio emocional.

16.- Posibles soluciones: Los hallazgos de nuestro estudio y nuestra experiencia personal en el campo de los cuidados asistenciales de enfermería, nos han llevado a reflexionar sobre cuáles podrían ser las vías a seguir para tratar de aliviar el estrés en personal de enfermería.

Desde nuestro punto de vista, el intento de solucionar el problema debe de pasar por:

A.- Proporcionar apoyo social que permita afrontar las exigencias laborales.

B.- Modificar, en lo posible, el ambiente de trabajo.

C.- Aumentar la resistencia individual al estrés mediante cursos de formación, ofrecidos por la propia institución con carácter gratuito.

- D.- Proporcionar un estilo de vida sano: dieta, ejercicio y descanso.
- E.- Aportar recursos humanos (por ejemplo, personal bien preparado), así como los medios necesarios para que puedan realizar correctamente su trabajo.
- F.- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- G.- Hacerse consciente de las situaciones en que se produce estrés.
- H.- Aprender técnicas de relajación.
- I.- Poner metas alcanzables.
- J.- Obligatoriedad de un equipo de salud mental, que de apoyo y asesoramiento psicológico al personal con carácter gratuito.
- K.- La carga de trabajo, falta de tiempo y escasez de personal podría solucionarse de forma "ergonómica" optimizando la eficiencia del personal y disminuyendo el tiempo dedicado a tareas inespecíficas.
- L.- La profesión exige una puesta al día continua para seguir progresando profesionalmente, lo cual conlleva una sobrecarga de trabajo a realizar fuera del horario laboral. Esto puede solucionarse en parte con la tecnología de la información.

M.- La escasa implicación en la toma de decisiones, junto con relaciones insatisfactorias con los colegas podrían solucionarse favoreciendo la formación de un equipo donde cada miembro ejerza una función específica y se sienta responsable de ella.

N.- Las deficientes relaciones con l@s supervisor@s podrían verse favorecidas llevando a cabo una evaluación y reestructuración de las relaciones.

O.- Además, sería interesante modificar los ambientes de trabajo que se han visto asociados a altos niveles de estrés y burnout; ambientes que exigen alta adherencia y discrecionalidad de los trabajadores, donde no hay una buena planificación, las expectativas laborales son ambiguas y la dirección impone múltiples reglas y reglamentos que constriñen la actuación de los empleados. Conviene desarrollar y entrenar en estrategias positivas (invertir la obsesión por el trabajo, procurar disfrutar del trabajo, asumir la responsabilidad de su propia felicidad) y evitar las negativas (la estrategia de evitación, dejar la profesión, la despersonalización en el trabajo).

P.- Por último, en EEUU. se están desarrollando algunos hospitales denominados "con magnetismo", que han surgido de forma natural, como resultado de la búsqueda de la excelencia.

Estos centros se estructuran en torno a la noción de que enfermería es el componente más importante del cuidado hos-

pitalario, y tienen en común una serie de atributos organizativos: 1) estructura horizontal, 2) autogobierno (decisiones descentralizadas), que confiere una sensación de control sobre el entorno, favorece la creatividad, la innovación y la satisfacción laboral; 3) unidades autosuficientes: cada unidad actúa con independencia para proporcionar los cuidados prescritos por las necesidades del paciente; 4) promociones; 5) flexibilidad horaria, 6) práctica especializada: se insta a l@s enfermer@s a especializarse en su campo de interés para aumentar la competencia y promover la confianza en un@mism@; 7) apoyo a la educación: disponen de incentivos y oportunidades para la formación continuada y el desarrollo de la investigación.

Creemos que los hospitales "magnéticos" podrían solucionar gran parte de la problemática presentada en esta investigación, aunque somos conscientes de que es un ideal al que tender más que una realidad existente.

No debemos olvidar que, en definitiva, la "columna vertebral" de los hospitales es el personal de enfermería, que es quien tiene un trato más duradero y frecuente con los pacientes. Si las políticas sanitarias no mejoran la situación de este colectivo, cada vez habrá menos enfermer@s. Esta situación, que en Europa está planteando problemas bastante serios, debería hacer reflexionar a las autoridades sanitarias sobre la problemática, que se mostrará a largo plazo, cuando exista carencia de personas dispuestas a ser enfermer@s.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ADEY, C.: Stress: whose cares? *Nursing Times*. 1987, 83 (4), 52-53.
- ALBERDI, R.M.: La identidad profesional de la enfermera. *Revista Rol*, octubre 1992, 170, 39-44.
- ALEXANDER, J.: The organizational foundations of nursing roles: an empirical assesment. *Soc. Med.* 1984, 18 (12), 1045-52.
- ALLUE, M.: La antropología de la muerte. *Revista Rol*. Julio-agosto, 1993, 179-180, 33-39.
- ALVAREZ, I.: *Boletín Informativo AICE (Asociación Internacional para el Control del Estrés)*. AICE, 1991.
- ANDERSON, C.A. y BASTEYNS, M.: Stress and the critical care nurse reaffirmed. *The Journal of nursing adm.* 1981, 11 (1), 31-34.
- ÁNGELS, E., SÁNCHEZ, E., BALLESTÍN, M., BOHIGAS, LL. y ORIOL, A.: Déficit de personal de enfermería. Problema general y multifactorial. *Revista Rol*. Junio, 1993, 178, 37-39.
- ANTONIN, M. y TARRECH, M.: Enfermería, realidad en crisis. *Revista Rol*, marzo 1993, 175, 71-74.
- APPLEBY, J. y BREWINS, L.: Profile of a profession. *Nursing Times*. Enero, 1992, 88, 4 (22), 24-29.

ARANAZ y colaboradores: La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo hospital*, 1988, 47, 53-60.

ARCAS RUIZ, P.: Investigar en enfermería. Prioridades y estrategias. *Revista Rol*, diciembre 1990, 148, 55-60.

BALTES, M. M. & BALTES, P. B. (Eds): *The psychology of control and aging*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1986.

BANDRÉS, F.J. y CAMPOS, J.J.: El impacto emocional del SIDA. *Jano*, 1988, XXXIV (12), 57-65.

BANDURA, A. : *Social learning theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977a.

BANDURA, A. : Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977b, 84, 191-205.

BARGAGLIOTTI, L.A. y TRYSGSTAD, L.N.: Differences in stress and coping findings: a reflection of social realities or methodologies. *Nursing Research*, 1987, 36 (3), 170-173.

BARTZ, C. y MALONEY, J.P.: Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing and Health*, 1986, (9), 147-153.

BATES, E. y MOORE, B.: Stress in hospital personnel. *Med. Journal Aust.*, 1975, (2), 765-767.

BATISTA, J.M.: *Componentes principales y análisis factorial (exploratorio y confirmatorio)*. En J.J. Sánchez Carrión (ed): *Introducción a las técnicas de análisis multivariante aplicadas a las ciencias sociales*. Centro de Investigación Sociológica, Madrid, 1984, 23-74.

BELFER, B.: Stress and the medical practitioner. *Stress Medicine*, 1989, 5 (2), 109-113.

BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F.: *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, cap. IV, pp. 3-53. 1995.

BIONDO, A.M.: Italie: la crise d'une profession. *Revue de l'infirmière*, abril 1990, 8, 24-27.

BISQUERRA, R.: *Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes: SPSS, BMDP, LISREL y SPAD*. PPV, Barcelona, 1989.

BLEGEN, M.A. y MUELLER, C.W.: Nurses job satisfaction a longitudinal analysis. *Research in nursing and health*, 1987, 10, 227-237.

BOSCH, L.H. y LANGE, W.A.M.: Shift work in health care. *Ergonomics*, 1987, 30 (5), 773-791.

BRANTLEY, P. J. y colaboradores: A daily stress inventory: development, reliability and validity. *Journal of Behavioral Medicine*, 1987, 10, 61-74.

BROWNER, C.H.: Job stress and health: the role of social support at work. *Research in nursing and health*, 1987, 10 (2), 93-100.

BRUCE, P.; DOHRENWEND, P. y SHROUT, E.: Hassles su conceptualización. Medidas de las variables del estrés de la vida. *American Psychological*, julio 1985, 780-85.

BURNARD, Ph.: Assertiveness and nursing. *Nursing Times*, mayo 1992, vol. 88, 22 (27), i-viii.

BURNARD, Ph.: ¿Cómo conseguir ser asertivo? *Nursing Times*, junio 1992, vol. 88, 23 (3), i-viii.

BURON, J.: *Enseñar a aprender. Introducción a la metacognición*. ICE Universidad de Deusto. Deusto-Bilbao, 1993.

BURON, J.: *Motivación y aprendizaje*. ICE-Mensajero. Bilbao, 1994.

BYRNE, B.M.: *A primer of Lisrel: basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. Springer-Verlag. New York, 1989.

CABANES, I., DURAN, C., PUJOL, I. y REQUENA, R.A.: Faltan enfermeras asistenciales, ¿cómo solucionarlo? *Revista Rol*, julio-agosto, 1992, 167-168, 27-66.

CANO, A. y MIGUEL, J.J.: *Ansiedad y Estrés*. Editores A. Cano Vindel, J.J. Miguel Tobal. Murcia, 1995.

CAÑAVERAS, SILES, DE JUAN: La imagen de enfermería a través de los profesionales y de los estudiantes. Un estudio con la técnica del diferencial semántico. *Enfermería científica*, abril 1993, 133, 4-10.

CAPEL, S.A.: The incidence of and influences on stress and burnout in secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 1987, 57(3), 279-288.

CAPLAN, R.D. y JONES, K.W.: Effects of work load, role ambiguity and Type A personality on anxiety, depression and heart rate. *Journal of applied Psychology*, 1975, 60, 713-719.

CARIEN POT-MEES: Beating the burnout. *Nursing Times*, 29 de julio de 1987, 83, (30), 33-35.

CARLISLE, D.: Shaping the future. *Nursing Times*. Mayo 1994, 90, 19 (11), 16-17.

CARMEL, S., SHOHAM YAKUBOVICH, I.; ZMANGER, L. y ZALTCMAN, T.: Nurses autonomy and job satisfaction. *Soc. Sci. Med.*, 1988, 26 (11), 1103-1107.

CARSON, J., BARTLETT, H. y cols.: Stress and the CPN. *Nursing Times*. Enero, 1993, 89, 3 (20), 38-40.

CARTWRIGHT, A.: Interviews or postal questionnaires? Comparison of data about women's experiences with maternity services. *The Milbank Quarterly*, 1988, 66 (1), 172-189.

CARVER, C. y SCHEIER, M.: Control theory: a useful conception framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 1989, 92, 111-200.

CASON, H.: Common annoyances: A psychological study of every-day aversions and irritations. *Psychological monographs*. 1930, 182, 40.

CAVANAUGH, S.J.: Nursing turnover: literature review and methodological critique. *Journal of advanced nursing*, 1989, 14, 587-596.

CESLOWITZ, S.B.: Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced nursing*, 1989, 14, 553-557.

CHABOISSIER, M.: L'avenir de la formation. *Revue de l'infirmière*, Enero, 1990, 2, 30-34.

CHAGNON, M.: Evolución y realidad de la profesión de enfermería en Quebec. *Notas de enfermería*. Febrero, 1991, 1 (3), 11-20.

CHERNISS, C.: The role of professional self-efficacy in the etiology burnout. En SCHAUFELI, B., MORET, T. y MASLACH, C. (eds.), *Professional burnout: recent development in theory and research*, Hemisphere, Washington, D.C., 1993, 135-149.

CIBANAL, L.: Enfermería y salud mental: de ayer a hoy. *Enfermería científica*, Enero-febrero, 1994, 142-143, 54-56.

CLAVE, M.: Buenos días enfermeras. *Revue de l'infirmière*. Abril, 1989, 8, 42-47.

CLEVER, L.H. y OMENN, O.S.: Hazards for health care workers. *Ann. Rev. Public. Health*, 1988, 9, 273-303.

COFFEY, L.C.; SKIPPER, J.K. y JUNG, F.D.: Nurses shiftwork: effects on job performance and job related stress. *J. of advanced nursing*, 1988, 13, 245-254.

COHEN-MANSFIELD, J. y ROSENTHAL, A.S.: Absenteeism of nursing staff in a nursing home. *Int. J. nurs. Stud.*, 1989, 26 (2), 187-194.

COHEN-MANSFIELD, J.: Source of satisfaction and stress in nursing home caregivers: preliminary results. *J. of advanced nursing*, 1989, 14, 383-388.

COLE, A.: Future imperfect. *Nursing Times*, septiembre 1994, 90, 39 (28), 14-15.

COLE, A.: High Anxiety. *Nursing Times*, marzo 1992, 88, 18 (12), 26-30.

COLE, A.: Pressure Point. *Nursing Times*, noviembre 1991, 87, 46 (13), 24-31.

COLLADO, M., PARDO, C., MALLEBRERA, E. y DELICADO, V.: Salud laboral del personal de enfermería en quirófano. *Enfermería Científica*, febrero 1993, 131, 33-36.

COLLIÈRE, M.F.: Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero/a. *Notas de enfermería*. Septiembre, 1991, 19, 53-66.

COLLIÈRE, M.F.: *Promover la vida*. Edit McGraw-Hill, 1993.

CONSTABLE, J.F. y RUSSELL, D.W.: The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human stress*, 1986, 12, 20-26.

COOPER, C.L. y PAYNE, R.: *Causes, coping and consequences of stress at work*. John Wiley and Sons. Ltd. Chichester. 1988.

COOPER, C.L.: Identifying stressors at work. Recent research developments. *Journal of Psychosomatic research*, 1983, 27(5), 369-376.

COOPER, K.: Combatir el estrés. *Nursing Times*, Febrero 1993, 55, 20-24.

COPP, G.: The reality behind stress. *Nursing Times*. Noviembre, 1988, 84, 45(9), 50-53.

CORLETT, E.N., QUÉINNEC, y PAOLI, P.: *La adaptación de los sistemas de trabajo porturnos*. Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Dublín, Irlanda, 1989.

CORNWALL, J.: Opting out of burn-out. *Nursing Times*, Mayo 1991, 87, 20 (15), 34-35.

COX, T.: *Stress*. Mc Millan, Londres, 1978.

COX, T., KUK, G. y LEITER, M.: Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En SCHANFELI, W.B., MASLACH, C. y MAREK, T. (eds.): *Professional burnout: recent developments in theory and research*, Taylor and Francis, United Kingdom, 1993, 177-193.

COX, T., MCKAY, C. y PAGE, H.: Simulative repetitive work and self reported mood. *Journal Occup. Behav.* 1982, 3, 247-252.

COYNE, J., KANNER, A. y HULLEY, I.: Life events. Hassles and adaptation: A test of the shoelace hypothesis. *Paper present at meeting of the Western Psychological Association*, San Diego (California), 6 de abril, 1979.

CREUS i VIRGILI: M.: Calidad de vida enfermera. *Revista Rol*. Junio 1991, 154, 83-84.

CRONNIN-STUBBS, D. y BROPHY, E.B.: Burnout. Can social support save psychiatric nurse? *Journal of psychosocial nursing*, 1985, 23(7), 8-13.

CROSS, D.G. y FALLON, A.: A stressor comparison of four speciality areas. *The australian journal of advanced nursing*, 1985, 2(3), 24-38.

CROSS, D.G. y KELLY, J.G.: Personality typing and anxiety for two groups of registered nurses. *The australian journal of advanced nursing*, 1984, 2(1), 52-59.

DECKER, F.H.: Socialization and interpersonal environment in nurses affective reaction to work. *Soc. Sci. Med.*, 1985, 20(5), 499-509.

DELGADO, H.: La profesión de enfermería: una cuestión de tiempo. *Enfermería científica*. Abril, 1992, 121, 18-20.

DELONGIS, A., COYNE, J.C., DAKOF, G., FOLKMAN, S. y LAZARUS, S.: Relationship of daily hursles, uplifts and mayor life events to health status. *Health Psychology*, 1982, 1, 119-136.

DELONGIS, A., FOLKMAN, S. y LAZARUS, S.: The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988, 54, 486-495.

DEW E, P.J.: Identifying strategies nurses use to cope with work stress. *Journal of Advanced Nursing*, 1987, 12, 489-497.

DEW E, P.J.: Investigating the frequency of nursing stressors; a comparison across wards. *Soc. Sci. Med.*, 1988, 26(3), 375-380.

DIERENDONCK, D., SCHAUFELI, W.B. y SIXMA, H.J. Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1994, 13 (1), 86-100.

DIGNAM, J.T., BARRERA, M. y WEST, S.G.: Occupational stress, social support and burnout among correctional officers. *American Journal of Community Psychology*, 1986, 14 (2), 177-193.

DOHRENWEND, B.P. y SHROUT, P.E.: "Hassles" in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, 1985, 40, 780-785.

DOLAN, N.: The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of advanced nursing*. 1987, 12, 3-12

EGELAND, J.W. y BROWN, J.S.: Sex role stereotyping and role strain of male registered nurses. *Research in nursing and health*. 1988, 11, 257-267.

ELLIS, B.H. y MILLER, K. : The role of assertiveness, personal control, and participation in the prediction of nurse burnout. *Journal of Applied Communication Research*. Noviembre 1993, 21 (4), 327-342

ESCRIBA, V.: Condiciones de trabajo en el hospital. *Revista Rol*. Octubre 1992, 170, 67-71.

ESCRIBA, V.: Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. *Revista Rol*. Septiembre, 1992, 169, 61-66.

ESPEJO, F. y GRANDA, C.: ¿Es satisfactorio trabajar en atención primaria? *Revista Rol*. Diciembre, 1990, 148, 21-24.

ESTRYN-BEHAR, M. y FONCHAIN, F.: Les troubles du sommeil du personnel hospitalier effectuant un travail de nuit en continu. *Arch. Mal. Prof.*, 1986, 47, 167-72.

ESTRYN-BEHAR, M.: *Le travail dans les hôpitaux*. Edit. La Découverte, París, 1985.

ETZION, D.: Moderating effect of social support on the stress burnout relationship. *Journal of applied psychology*, 1984, 69(4), 615-55.

EVANS, G.W., JACOBS, S.V. y FRAZER, N.B.: *Behavioral adaptation to air pollution*. No publicado (citado en KANNER, et al 1981), 1980.

F.E.C.U.T. (Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y del trabajo): *Estrés físico y psicológico en el trabajo*. Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1987.

FAIN, J.A.: Perceived role conflicts, role ambiguity and job satisfaction among educators. *Journal of nursing education*, 1987, 26(6), 233-238.

FAJARDO, B. y CRUZ, A.: Ansiedad en estudiantes de enfermería. *Revista Rol*. Febrero, 1992, 162, 31-38.

FAURA i VENDRELL, T.: Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. *Revista Rol*, 1988, 116, 53-56.

FAURA, T., ROIGÉ, M., SERRA, R., ORTEGA, C.: Burnout prevalencia en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enfermería científica*. Mayo y junio de 1995, 5 (3), 23-28.

FERNÁNDEZ, F.J., GÓMEZ, I., SANTAMARÍA, B. y LAINEZ, C.: Incidencia del estrés por exámenes sobre los ritmos menstruales. *Enfermería científica*. Noviembre, 1993, 140, 35-38.

FERRÁN ARANAZ, M.: *SPSS para Windows programación y análisis estadísticos*. McGraw-Hill. 1996.

FERRO, M., HERMOSO, J. y col.: Plantillas de enfermería y descripción de puestos de trabajo en servicios centrales. *Enfermería científica*. Mayo-junio, 1994, 4 (3), 47-52.

FILGUEIRA BOUZA, M., MARTIN GONZÁLEZ, A. y SAN MARTÍN CASTELLANOS, R.: Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: un estudio psicosocial. *Siso Saude, Boletín da Asociación Galega de Saude Mental*, 1994, 27-56, 23.

FINK, A. y KOSECOFF, J.: *How to conduct surveys. A step-by-step guide*. Sage Publications. Beverly Hills. California, 1985.

FIRTH, H.; Mc INTEE, J.; McKEOWN, P. y BRITTON, P.: Professional depression, "burnout" and personality, in longstay nursing. *Int. J. nurs. Stud.* 1987, 24(3), 227-237.

FIRTH, H.; Mc INTEE, J.; McKEOWN, P. y BRITTON, P.: Burnout and professional depression: related concepts? *Journal of advanced nursing*, 1986, 11, 633-641.

FIRTH-COZENS, J. y MORRISON, L.A.: Sources of stress and ways of coping in junior house officers. *Stress medicine*, 1989, 5(2), 121-126.

FITTER, M.: The impact of new technology on nurses and patients. En PAYNE, R. y FIRTH-COZENS, J. (eds.) *Stress in health professionals*. John Wiles and Sons. Ltd. Chichester, 1987.

FLOREZ, J.A.: *Síndrome de estar quemado. Burn-out*. Edikamed, 1994.

FLÓREZ, J.A.: Psicología y enfermería. *Enfermería científica*. 1985, 174, 35-41.

FOLLICK, M.J.; ABRAMS, D.B.; PINTO, R.P. y FOWLER, J.L.: Health psychology at the worksite. En STONE, G.C. et. al (eds.). *Health Psychology a discipline and a profession*. The University of Chicago Press. Chicago y London. 1987.

FORNES, J.: Implicaciones del estrés en la salud. *Revista Rol*. Marzo, 1990, 139, 77-80.

FORNES, J.: Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista Rol*. Febrero, 1994, 186, 31-39.

FRANCOIX, C.M.: El estrés hospitalario en un servicio de reanimación neonatal. *Enfermería científica*. Abril 1986, 49, 3-10.

FRANKENHACUSER, M. y GARDELL, B.: Underload and overload in working life: outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress*, 1976, 2, 35-46.

FRENCH, J.; ROGERS, W. y COBB, S.: A model of person environment fit. En COELHO, G.W., HAMBURG, D.A. y ADAMS, J.E. (Eds): *Coping and adaptation*. Basic Book, New York, 1974.

FREUDENBERGER, H.J.: Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 1974, 30(1), 159-165.

FUQUA, R. y COUTURE, K.: Burnout and focus of control in child day care staff. *Child Care Quarterly*, 1986, 15 (2), 98-109.

GAINES, J. y JERNIER, J.M.: Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of Management Journal*, 1983, 26(4), 567-586.

GARCÍA IZQUIERDO, M.: Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1991, 18, 3-12.

GARCÍA IZQUIERDO, M.; LLOR-ESTEBAN, B. y SÁEZ-NAVARRO, M.C.: Reliability and Dimensions of two scales of burnout in the spanish health

care workers. *Comunicación en actas del XXIII Internacional Congress of Applied Psychology*, Madrid. Traducido como "Estudio comparativo de dos medias de burnout en personal sanitario", *Anales de Psiquiatría*, 1994, 180-184.

GARCÍA, M.P. y CRUZ, F.: Análisis de la profesión de enfermería: ¿hacia un discurso propio? *Enfermería científica*. Septiembre, 1991, 114, 24-27.

GASCON, P.: El impacto del sida en personal médico. *Jano*, 1987, XXXIII (782), 21-22.

GAZE, H.: Stressed to the limit. *Nursing Times*. Septiembre, 1988, 84, 36(7), 16-17.

GESTAL, J.J. y MONTES, A.: Agresiones al personal de salud, en GESTAL, J.J.: *Riesgos del personal sanitario*. Interamericana. McGraw-Hill, 1989.

GESTAL, J.J.: Riesgos del trabajo hospitalario. *Medicina Integral*, 1987, 9 (3), 72-87.

GESTAL, J.J.: *Riesgos del personal sanitario*. Interamericana. McGraw-Hill, 1989.

GILMONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M.: *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis Sicológica, Madrid, 1997.

GIL MONTE, P.R.; PEIRÓ, J.M. y VALCÁRCEL, P.: Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. En MUNDUATE, L. y BARÓN, M. (Comp.):

Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral, Eudena, Sevilla, 1993, 231-241.

GIL-MONTE, P.R., PEIRÓ, J.M. y VALCÁRCEL, P.: A causal model of burnout process development An alternative to Golembiewski and Leiter models. Trabajo presentado en el *Seven European Congress on Work and Organizational Psychology*, Györ (Hungria), 1995.

GIL-MONTE, P.R.: *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna (Tenerife), 1994.

GLASS, D.C. y SINGER, J.E.: *Urban Stress*. New York Academic Press, 1972

GOLDSTEIN, M. y DILLON, W. R.: *Discrete discriminant analysis*. John Wiley & Sons, New York 1978.

GOLEMBIEWSKI, R.T. y colaboradores: Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 1983, 19 (4), 461-481.

GONZÁLEZ OLIVA, C.: Ergonomía en centros sanitarios. *Revista Rol*. Octubre, 1992, 170, 73-76.

GRAINGER, R.D.: Managing stress. *American journal of nursing*, 1991.

GRAY-TOFT, P. y ANDERSON, J.G.: Stress among hospital nursing staff: its causes and affects. *Soc. Sci. Med.* 1981 b, 15(a), 639-647.

GRAY-TOFT, P. y ANDERSON, J.G.: Organizational stress in the hospital; development of a model for diagnosis and prediction. *Health Services Research*, 1985, 19(6), 753-774.

GUILLIBERT, E.: El estrés hospitalario en un servicio de reanimación para adultos. *Enfermería científica*. Abril 1986, 49, 10-14.

GUISADO, S., GONZÁLEZ, M.I., EZQUERRA, C. y LÓPEZ, J.C.: Síndrome General de Estrés. *Revista Rol*. Abril 1988, 116, 16-20.

HALE, C.: Measuring jobsatisfaction. *Nursing Times*. 1986, 82(5), 43-46.

HAMILTON, J.M.: Combatir el estrés. *Nursing Times*. Febrero, 1992, 56-57.

HARE, J.; PRATT, C.C. y ANDREWS, D.: Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospital and nursing homes. *Int. J. Nurs. Stud.*, 1988, 25(2), 105-115.

HARRISON, W.D.: A social competence model of burnout. En FABER, B.A. (de.): *Stress and burnout in the human services professions*, Pergamon Press, New York, 1985.

HART, G. y ROTEM, A.: The best and worst: student's experience. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 1994, 11(3), 26-33.

HARVEY, B.J. y HANNAH, T.E.: The relationship of shift work to nurse satisfaction and perceived work performance. *Nursing papers. Perspectives in nursing*. 1986, 18(4), 5-14.

HAWKINS, L.: An ergonomic approach to stress. *Inst. J. Nurs. Stud.*, 1987, 24(4), 307-318.

HERZBERG, y cols: *The motivation to work*. Wiley, N. Y., 1957.

HINGLEY, P. y HARRIS, P.: Burnout at serio level. *Nursing Times*, 1986, 82(31), 19-29.

HINGLEY, P. y COOPER, C.L.: *Stress and the nurse manager*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester. 1986.

HINGLEY, P. y MARKS, R.: A stressful occupation. *Nursing Times*. Junio, 1991, 87, 25 (19), 63-66.

HOLGATE, A.M. y CLEGG, I.J.: The path to probation officer burnout: new dogs, old tricks. *Journal of Criminal Justice*, 1991, 19(4), 325-337.

HOLLAND, S.: Stress in nursing. *Nursing Times*, Septiembre 1987, 83, 35(2), 55-58.

HOLLAND, S.: Stress in nursing. *Nursing Times*, Septiembre 1987, 83, 29(30), 44-47.

HOLLINGWORTH, C.; MATTHEWS, G. y HARNTNETT, B.: Job satisfaction and mood: an exploraty study. *Work and Stress*, 1988, 2(3), 225-232.

HOLMES, T. y RAHE, R.: The social readjustement rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11, 213-218.

HOMES, S.: Stress and nutrition. *Nursing Times*, Septiembre 1984, 19, 53-55.

HUEY, F.L. y HARTLEY, S.: What keeps nurses in nursing: 3.500 nurses tell their stories. *American Journal of Nursing*, 1988, 88(2), 181-188.

HUGH FIRTH, B.A.: Burnout, personality and support in long-stay nursing. *Nursing Times*. Agosto 1987, 83, 55-57.

IVANCEVICH, J.M. y MATTESON, M.T.: Medical technologists and laboratory technicians, sources of stress and coping strategies. En PAYNE, R. y FIRTH-COZENS, J.: *Stress in health professionals*. John Wiley and Sons. Ltd. Chichester. 1987.

JACKSON, S.E. y SCHULER, R.S.: Preventing employee burnout. *Personnel*, 1983, 60(2), 58-68.

JAMES, Ch.: Have you got a record? *Nursing Times*. Abril 1992, 88, 14 (1), 26-29.

JAMES, S.A. y KLEINBAUM, D.G.: Socioecologic stress and hypertension-related mortality rates in North Caroline. *American Journal of Public Health*, 1976, 66, 354-358.

JERREL, J.M.: Work satisfaction among rural mental health staff. *Community Mental Health Journal*, 1983, 19 (3), 187-200.

JICK, T.D.: Managing and coping with budget-cut stress in hospitals. En PAYNE, R. y FIRTH-COZENS, J. (eds): *Stress in health professionals*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester, 1987.

JOHNSON, M.N.: Anxiety stress and the effects on disclosure between nurse and patients. *Advances in nursing science*, 1979, 1(4), 1-20.

JONES, J.G.: Stress in psychiatric nursing. En PAYNE, R. y FIRTH-COZENS, J. (eds.): *Stress in health professionals*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester, 1987.

JOVIC, L.J. y PICHON, G.: Profils de carrières comparaisons européennes. *Revue de l'infirmière*, Marzo 1990, 5, 23-29.

KAHN, R.L., WOLFE, D.M., QUINN, R.P. y SNOEK, J.D.: *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. John Wiley and Sons. New York, 1964.

KAHN, R.L., WOLFE, D.M., QUINN, R.P. y SNOEK, J.D.: *Organizational stress: studies in Role Conflict and Ambiguity*, Wiley, New-York, 1964.

KAISER, H.F.: The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 1960, 20, 141-151.

KANE, A.C. y HOGAN, J.D.: Death anxiety in physicians: defensive style, medical speciality, and exposure to death. *Journal of death and dying (Omega)*, 1985, 16(1), 11 y ss.

KANNER, A.D., COYNE, J.C., SCHAEFER, C. y LAZARUS, R.S.: Comparison of two modes of stress measurement daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 1981, 4, 1-39.

KARASEC, R.A., THEORELL, T., SCHWARTZ, J.E., SCHMALL, P.L., PIEPER, C.F. y MICHELA, J.L.: Job characteristics in relation to prevalence of myocardial infarction in the US health examination survey (HES) and the health and nutrition examination. *Survey (Hanes) AJPH*, 1988, 78(8), 910-918.

KARASEC, R.A.: Job demand, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 1979, 24, 285-308.

KASL, S.V. y COOPER, C.L.: *Stress and health: issues in research methodology*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester, 1987.

KELLY, J.G. y CROSS, D.G.: Stress, coping behaviours and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. *Research in nursing and health*, 1985, 8, 321-328.

KING, M.B.: AIDS and the general practitioner: review of patients with HIV infection and AIDS. *B.M.J.*, 1988, 297, 182-194.

KLEIN, R.S., PHELAN, J.A., FREEMAN, K. et al.: Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. *The new england journal of medicine*, 1988, 318(2), 86-90.

KOHN, P.M., LAFRENIERE, K. y GUREVICH, M.: Hassles, salud y personalidad. *Journal of personality and social psychology*, 1991, 61 (3), 478-482.

KOOKER, B.M.: 4 million female hospital workers face reproductive health hazards. *Occupational and health safety*, 1987, 56(4), 61-64.

KRAMER, M., HAFNER, L.P.: Shared Values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*, 1989, 38 (3), 172-7.

KRAMER, M. y SCHAMALENBERG, C.: Magnet hospitals. Talk about the impact of DRGs on nursing care. Part I. *Nurs Man*. Septiembre, 1987, 38-42.

KRAMER, M., y SCHAMALENBERG, C.: Magnet hospitals. Talk about the impact of DRGs on nursing care. Part II. *Nurs Man*. Noviembre 1987, 33-40.

KRAMER, M.: The magnet hospitals. Excellence revisited. *Jona*, 1990, 20 (9), 35-43.

KUHLS, T.L., VIKER, S., PARRIS, N.B., GARAKIAN, A., SULLIVAN-BOLYAS, J. y CHERRY, J.D.: Occupational risk of hiv, hbv and hsv-2 infections in health care personnel caring for AIDS patients. *American journal of Public health*, 1987, 77(10), 1306-9.

LABRADOR, F.J.: *Estrés, nuevas técnicas para su control*. Biblioteca de la salud (Correos). 1996.

LAMATA, F. y CHECA, I.: La motivación: su aplicación a las organizaciones públicas. *Revista Rol*, 1990, 139, 32-46.

LANZAROTE, M.A., LÓPEZ, M., RIUS, LL. y SANZ, A.: Ansiedad en los profesionales de enfermería. *Revista Rol*. Diciembre 1993, 184, 83-86.

LARIA, J.C.; ANGUIX, J. y col.: Estrés en los profesionales de enfermería. *Enfermería científica*. Enero-febrero 1995, 5(1), 23-33.

LAROCCO, J.M., HOUSE, J.S. y FRENCH, J.R.: Social support, occupational stress and health. *Journal of health and social behavior*, 1980, 21, 202-218.

LAZARUS, R.S., DELONGIS, A., FOLKMAN, S. y GRUEN, R.: Stress and adaptation outcomes. The problem of confunded measures. *American Psychologist*, 1985, 40, 770-779.

LAZARUS, R.S., KANNER, A. y FOLMAN, S.: Emotions: A cognitive phenomenological analysis. En PLUTCHIK, R. y KELLERMAN, H. (eds): *Theories of Emotion*. Academic Press. New York, 1980, 189-217.

LAZARUS, R.S. y COHEN, J.B.: Environmental stress. En ALTAMAN, I. y WOHWILL, J.F. (eds): *Human Behavior and the environment current theory and research*. Plenum. New York, 1977, 89-127.

LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.: *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca, 1986.

LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.: *Stress, appraisal and coping*, New York, 1984.

LAZARUS, R.S.: The stress and coping paradigm. En EISDORFER, C., COHEN, D. y KLEINMAN, A. (eds): *Conceptual Models for Psychopathology*, Spectrum, New York, 1980, pp. 173-209.

LAZARUS, R.S.: Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1990, 1, 3-13.

LEATT, P. y SCHNECK, R.: Differences in stress perceived by head-nurses across nursing specialities in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 1980, 5, 31-46.

LEE, R.T. y ASHFORTH, B.E.: On the meaning of Maslach's three demensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 1989, 75 (6), 743-747.

LEITER, M.P.: Coping patterns as predictors of burnout. The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 1991, 12 (2), 123-144.

LESTER, L.B. y BEAR, B.J.: Nursing students attitudes toward AIDS. *Journal of nursing education*, 1988, 27(9), 399-404.

LESTER, M.A.: ¿Se siente impotente? Piénselo dos veces. *Nursing*. Agosto-septiembre 1990, 8 (7), 61-63.

LEVENTHAL, H. y TOMARKEN, A.: Stress and illness: perspective from health psychology. En KASL, S.V. y COOPER, C.L.: *Stress and health: issues in research methodology*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester, 1987.

LEVINE, S. y SCOTH, N.A. (eds): *Social Stress*, Aldine, Chicago, 1970.

LEVY-LEBOYER, C.: *Les infirmières en France*, no publicado. Université de Paris. Ecole des Hautes Etudes, Laboratoire de Psychologie du Travail, 1967, fascicule III, p. 19.

LEWINSOHN, P.M. y TALKINGTON, J.: Studies of the measurement of unpleasant events and relations with depression. *Applied psychological Measurement*, 1979, 3, 83-101.

LIEBERMAN, N.A.: The effects of social support on responses to stress. En GOLBERGER of S. BRENITZ: *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Free press, 1982

LINN, L. S., YAGER, J., COPE, D. Y LEAKE, B. : Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*, 1985, 245 (19), 2775-2782.

LLAMAS, C.: Riesgo profesional, ¿qué dice la ley? *Revista Rol*, Junio 1992, 166, 25-40.

LLOPIS, S., ROSALES, I. y SOLER, F.: Motivación laboral. Creación de círculos de calidad. *Revista Rol*. Abril 1993, 176, 33-38.

LÓPEZ, M.: Estrés de los profesionales de enfermería, sobre qué o quién repercute. *Revista Rol*, Mayo 1995, 201, 65-68.

LUO LU: Hassles diarios y salud mental: estudio longitudinal. *Journal of Psychology*, 1991, 82, 441-447.

MAISONS, L.: Gestión du stress pour le personnel soignant. *Revue de l'infirmière*, Enero 1994, 1, 45-52.

MANICOT, C.: Etre infirmière en Suisse. *Revue de l'infirmière*, octubre 1991, 15, 29-44.

MANICOT, C.: RDA: Les infirmières sous les décombres. *Revue de l'infirmière*, junio 1990, 12, 21-25.

MANILLIER, M.H.: Chronique du mouvement infirmier. *Revue de l'infirmière*, 1989, 28-30.

MARCOS, P. y MIRALLES, T.: *El ejercicio de la enfermería en las comunidades europeas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.

MARTÍN, O. y SCHNEIDER, N.: Études du sommeil consécutif à des activités professionnelles nocturnes comparaison de différents rythmes d'activité/repos. *Rapport final D.G.R.S.T.* Strasbourg, 1987.

MARTÍNEZ MARCOS, M.: *Revista Rol Enfermería*. Octubre 1997, 230, 30-37.

MASLACH, C. y PINES, A.: The burnout syndrome in the day care setting. *Child care quarterly*. 1977, 6(2), 100-113.

MASLACH, C. y JACKSON, S.E.: *Maslach burnout inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1986.

MASLACH, C.: The client role in staff burnout. *Journal of social issues*. 1978, 34(4), 111-124.

MASLACH, C.H. y JACKSON, S.E.: Burnout in health professions: a social psychological analysis. En SANDERS, G.S. y SULLS, J. (eds): *Social psychology of health and illness*. Erlbaum. London, 1982.

- MATTESON, M.T. y IVANCEVICH, J.M.: *Controlling work stress. Effective human resource and management strategies*. Jossey-bass publishers. San Francisco, 1987.
- MAULEÓN, A.; MAULEÓN, E. y YAÑEZ, I.: Ansiedad, ¿cómo manejarla? *Revista Rol*, enero 1995, 197, 29-33.
- MAYOU, R.: Burnout. *British medical journal*, 1987, 295, 284.
- MAZIE, B.: Job stress, psychological health and social support of family practice residents. *Journal of medical education*, 1985, 60, 935-41.
- Mc CUE, J.D.: Los médicos y el estrés: ¿Es realmente un problema? *Hospital Practice* (Ed. Española) 1986, 1(5), 5-8.
- McCARTHY, P.: Burnout in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 1985, 10, 305-310.
- McDONALD, J.: *El estrés: qué es, cómo se domina*. Escuela Española, S.A. 1989.
- MCGRATH, A., REID, N. y BOORE, J.: Occupational stress in nursing. *Int. Journal Nurs. Stud.*, 1989, 26(4), 343-358.
- McINTEGART, J., JACKSON, M. y BOYLAN, A.: Struck on off. Fit to practise. *Nursing Times*. November 1984, 14, 28-31.
- MCKAY, M. DAVIS, M. y col.: *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Martínez Roca, 1988.

MCKNIGHT, J.D. y GLASS, D. C.: Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology. A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Junio 1995, 63 (3), 490-494.

MCLAINE, M.A. y HURRELL, J.J.: Control, stress, and job satisfaction in canadian nurses. *Work and stress*, 1988, 2(3), 217-224.

MEES, C.P.: Beating the burnout. *Nursing Times*, julio 1987, 83, 30 (29), 33-35.

MEICHENBAUM, D.: *Manual de inoculación de estrés*. Edit. Martínez Roca, 1987.

MEISEMHELDER, J.B. y LACHARITE, C.L.: Fear of contagion: a stress response to acquired immunodeficiency syndrome. *Advances in nursing science*, 1989, 11(2), 29-38.

MERTON, SUTTON y WANDSWORTH HEALTH COMMISSION: Burnout asociado con cuidados a gente que vive con el sida. *Nursing Times*, Mayo 1995, 91, 18(3), 34-35.

MESSNER, R.L.: What patients really want from their nurses. *American journal of nursing*. Agosto, 1993.

MÓDULOS DE ENTRENAMIENTO: Managing stress. *Nursing Times*, Mayo 1992, 88, 20 (13), i-viii.

MÓDULOS DE ENTRENAMIENTO: Managing stress. *Nursing Times*, Mayo 1992, 88, 21 (20), i-viii.

MONTLOIN, A.: Construire ensemble L'Europe des infirmières. *Revue de l'infirmière*, 23 de abril 1991, 8, 25-32.

MOREAU, Ch.: La journée d'une infirmière libéral. *Revue de l'infirmière*. Diciembre 1991, 19, 38-41.

MOREAU, Ch.: Un plus pour les infirmières. *Revue de l'infirmière*. Junio 1991, 12, 21-30.

MOREAU, Ch: Des conditions laborieuses. *Revue de l'infirmière*. Febrero 1989, 4, 26-28.

MORENO-JIMÉNEZ, B. y PEÑACOBÁ, C.: Estrés asistencial de los servicios de salud. En SIMÓN, M.A. de: *Sicología de la salud*, Siglo XXI, Madrid, 1996.

MOTOWIDLO, S.J.; PACKARD, J. y MANNING, M.R.: Occupational stress: its causes and consequences on job performance. *Journal of applied psychology*, 1986, 71(4), 618-629.

MUHLENKAMB, A.F. y SAYLES, J.A.: Self-esteem, social support and positive health practices. *Nursing research*, 1986, 35(6), 334-338.

NASH, A.: A stressful role. *Nursing Times*, junio 1993, 89, 26 (30), 50-51.

NASH, P. y ROGER, D.: Sacar de la cabeza. *Nursing Times*. Agosto 1995, 91, 31, 44-45.

NESPRAL, C. y SANCHÓN, M.: Tendencias que influyen en el futuro de la enfermería. *Revista Rol*, Abril 1993, 176, 73-75.

NICHOLS, K.: Stress understanding support. *Nursing Times*, Marzo 1992, 88, 13(25), 34-35.

NOGALES, A.: La comunicación una actividad fundamental en el trabajo de enfermería. Mayo 1991, 6 (1), 37-48.

NORBECK, J.S.: Perceived job stress, job satisfaction and psychological symptoms in critical care nursing. *Research in nursing and health*, 1985, 8(3), 253-259.

NOVEL, G. y MARTÍ, I.: La problemática relacional en enfermería. *Notas de Hoy*. Octubre 1991, 1 (10), 45-50.

OAKLE, A.: The importance of being a nurse. *Nursing Times*, diciembre 1984, 12, 24-27.

OGUISSO, T.: La enfermera ante los derechos humanos. *Revista Rol*, Abril 1989, 128, 15-17.

ORTEGA, E.: *Manual de Investigación comercial*. Edit Pirámide, 1990.

ORTIZ DE ELGEA, J.: Diagnóstico de una profesión. *Huntza (Revista de la agrupación de colegios de enfermería del País Vasco)*, enero 1993, 3, 8-17.

OSKINS, S.L.: Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. *Heart and lung*, 1979, 8(5), 953-60.

OVERALL, J.E. y KLETT, C. : *Applied multivariate analysis*. Mcgraw-Hill, New York, 1972

OWEN, A.: Stress reduction. *Nursing Times*, noviembre 1995, 91, 45, 42-44.

OWEN, S.: Strategies for stress. *Nursing Times*. Septiembre 1989, 85, 37(13), 38-39.

O'DONNELL, L., O'DONNELL, C.R., PLECK, J.H., SNAREY, J.K. y ROSE, R.M.: Psychosocial responses of hospital workers to acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Journal of applied social psychology*, 1987, 17(3), 269-285.

PACKARD, J.G. y MOTOW IDLO, S.J.: Subjective stress, job satisfaction, and job performance on hospital nurses. *Research in nursing and health*, 1987, 10, 253-261.

PALENZUELA, D.L.: A literature review of some problems and misconceptions related to locus of control, learned helplessness and self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences Documents*. 1986, 16, 11 (Ms. No. 2748).

PALENZUELA, D.L.: *Análisis psicométrico de dos escalas clásicas de lugar de control*. Trabajo presentado al Symposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos. Madrid, diciembre 1984 c.

PALENZUELA, D.L.: Construcción y validación de una escala de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1983, 9, 185-219.

PALENZUELA, D.L.: Control personal: un enfoque integrativo-multidimensional. Manuscrito sin publicar. Salamanca, 1988 a.

PALENZUELA, D.L.: *Control personal: un enfoque integrativo-multidimensional*. Invited address to the International Conference "Psychology and Psychologists Today", 2nd Portuguese Psychologists Convention, Lisbon, noviembre 1989.

PALENZUELA, D.L.: *Midiendo las expectativas generalizadas de control: primeros datos*. Comunicación presentada al VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona, noviembre 1990.

PALENZUELA, D.L.: Critical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 1984a, 54, 683-709 (Monogr. Suppl. 1-V54).

PALENZUELA, D.L.: *Distinción entre expectativas y atribuciones de lugar de control en la escala de Lefcourt: Una crítica empírica*. Trabajo presentado al Symposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos. Madrid, diciembre 1984b.

PALENZUELA, D.L.: Does Rotter's I-Escale measure perceived competence? A replica to Graybill-Sergeant. *Perceptual and Motor Skills*, 1985, 61, 443-450.

PALENZUELA, D.L.: *Propiedades Psicométricas de la Escala de Expectativas Generalizadas de Control Percibido*. Comunicación presentada al II Symposium de Metodología de las Ciencias Humanas, Sociales y de la Salud. Tenerife, marzo 1991.

PALENZUELA, D.L.: Sphere-specific measures of perceived control: Perceived contingency, perceived competence, or what? A critical

evaluation of Paulhus and Christie's approach. *Journal of Research in Personality*, 1987 a, 21, 264-286.

PALENZUELA, D.L.: Teoría y evaluación de la motivación intrínseca y autodeterminación: Hallazgos preliminares. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 1987 c, 3, 233-264.

PALENZUELA, D.L.: The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura: A reply to Kirsch's approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1987 b, 2, 437-452.

PARASURAMAN, S. y HANSEN, D.: Coping with work stressors in nursing: effects of adaptative strategies. *Work and occupation*, 1987, 14(1), 87-105.

PARASURAMAN, S.: Nursing turnover: an integrated model. *Research in nursing and health*, 1989, 12, 267-277.

PAYNE, R. y FIRTH-COZENS, J. (eds): *Stress in health professionals*. John Wiley and Sons, Ltd. Chichester, 1987.

PAYNE, R.: Stress in surgeons. En PAYNE, R. y FIRTH-COZENS, J. (eds): *Stress in health professionals*. John Wiley and Sons, Ltd. Chichester, 1987.

PAYNE, R.L. y JONES, G.: Measurement and methodological issues in social support. En KASL, S.V. y COOPER, C.L. (eds): *Stress and health: issues in research methodology*. John Wiley and Sons, Ltd., 1987.

PEARLIN, L.I., SEMPLE, S. y TURNER, H.: Stress of AIDS caregiving: a preliminar overview of the issues. *Death studies*, 1988, 12, 501-517.

PEARLIN, L.I.: Role strain and personal stress. En KAPLAN, H.B. (ed.): *Psychosocial stress: trends in theory and research*. Academic Press. New York, 1983.

PEARLIN, L.I.: Sex roles and depression. En DATAN, N. y GINSBERG, L.H. (eds.): *Life-Span Developmental Psychology: normative life crises*. Academic Press. New York, 1975 a, 191-207.

PEARLIN, L.I.: Status inequality and stress in marriage. *American Sociology Review*, 1975 b, 40, 344-357.

PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema, Madrid, 1993.

PEIRÓ, J.M.: *Psicología de la organización*. UNED, Madrid, 1990, tomo 2, p. 68.

PEIRÓ, J.M. y SALVADOR, A.: *Control del estrés laboral*. Eudema, Madrid, 1993.

PÉREZ, E.: Motivación de enfermería en el área quirúrgica. *Oñarri*, Septiembre 1996, 8, 4-20.

PINES, A.M. (1993): Burnout: An existential perspective. En SCHAUFELI, W.B., MASLACH, C. y MAREK, T. (eds): *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Hemisphere, Washington, D.C., 1993, 33-51.

PLECK, J.H., O'DONNELL, L., O'DONNELL, C. y SNAREY, J.: AIDS phobia, contact with AIDS, and AIDS related job stress in hospital workers. *Journal of homosexuality*, 1988, 15(314), 41-54.

POINDRON, P.Y.: Pénurie d'infirmières: deviennent alarmantes. *Revue de l'infirmière*, Septiembre 1991, 14, 28-35.

POLIT, D. y HUNGLER, B.: *Investigación científica en ciencias de la salud*. 2ª edición. Edit. Interamericana. 1985.

POWER, K.G. y SHARP, G.R.: A comparison of nursing stress and job satisfaction among mental handicap and hospice nursing. *Journal of advanced nursing*. 1988, 13, 726-732.

POWER, P.: Alta ansiedad. *Nursing Times*. Enero 1996, 92, 5(31), 58.

PUIG, V., FERNÁNDEZ, C. y POVEDA, R.: Estrés en estudiantes de enfermería. *Revista Rol*, Abril 1990, 133, 75-78.

RAHE, R.H.: Anxiety and physical illness. *Journal Clin. Psychiatry*, 1988, 49 (10 suppl), 26-29.

RANDALL, M. y SCOTTH, W.A.: Burnout, job satisfaction, and job performance. *Australian psychologist*, 1988, 23(3), 335-347.

REBETEZ, A.: Economiser peut coûter plus cher. *Revue de l'infirmière*, mars 1994, 5, 12-13.

REBOLLEDO, A.L.: Responsabilidad civil del personal sanitario. En GESTAL OTERO, J.J.: *Riesgos del trabajo del personal sanitario*. Interamericana. McGraw-Hill, 1989.

REED, S.E.: A comparison of nurse-related behavior philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. *Journal of advanced nursing*, 1988, 13, 383-395.

REIG, A., CARUANA, A. y PERALBA, J.I.: Estudio comparativo de estresores del personal de enfermería español y norteamericano. *Enfermería científica*, 1989, 91, 4-14.

REIG, A., GUERRA, J. y BRENGELMANN, J.: Die dimensionale analyse des stresverhal terms. En BRENGELMANN, J.C. y BUHRINGER (HGRS): *Therapie forschung for die praxis*. Gerhard Rottger Verlag, Monchen, 1983.

REIG, A. y SANCHO, P.: Apoyo social y enfermería: un estudio empírico. *Enfermería científica*, diciembre 1987, 69, 4-10.

REIG, A. y CARUANA, A.: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) como estresor en médicos y enfermeras de hospital. *Revista de psicología de la salud*, 1989, 1 (1), 127-145.

REIG, A.: *Diagnóstico psicológico del estrés con cuestionarios. Resultados interculturales e implicaciones terapéuticas*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 1983.

REIG, A.; CARTAGENA, E., RIBERA, D., GARCIA, C.: Estrés profesional en enfermería: un análisis empírico en el hospital. *Enfermería científica*, 1986, 46, 4-12.

RENEDO, P., CANTERAS, M., SANTONJA, F. y CEREZO, M.: Imagen social de la enfermería. *Revista Rol*, Junio 1989, 130, 31-37.

RIBERA, D., CARTAGENA, E. y REIG, A.: Frustración profesional en enfermería. *Enfermería científica*, Noviembre 1987, 68, 27-37.

RIBERA, D., REIG, A., ROMA, M.T., SANS, I. y CARTAGENA, E.: Estados depresivos en enfermería. Un estudio descriptivo en el hospital. *Enfermería científica*. Noviembre 1990, 104, 32-43.

RICHART, M. y CABRERO, J.: Enfermeros como paraprofesionales en terapia de conducta. *Enfermería científica*, Octubre 1985, 43, 6.

RIO, F. del y GUINARTE, G.: Responsabilidad penal del personal sanitario. En GESTAL, J.J.: *Riesgo del trabajo del personal sanitario*. Interamericana McGraw-Hill. 1989.

RIORDAN, R.J., SANDRA, K. y SALTZER, R.N.: Prevención del burnout, cuidados para prevenir en el trabajo al personal que trabaja con enfermos terminales. *Omega*, 1992 25(1), 17-24.

RODERO, V. y VIVES, C.: ¿Cuál es la imagen de la enfermera? *Notas de enfermería*. Julio-agosto 1991, 8, 63-69.

ROF, J.: Teoría y práctica psicósomática. Desdée de Brouwer. Bilbao, 1984.

ROGER, D. y NASH, P.: Smart Delivery. *Nursing Times*. Julio 1993, 89, 28(14), 30-35.

ROGER, D. y NASH, P.: Changing your mind. *Nursing Times*. Julio 1993, 89, 27(7), 54-58.

ROGER, D. y NASH, P.: Taking control. *Nursing Times*. Julio 1993, 89, 29(21), 44-46.

ROGER, D. y NASH, P.: Percepción del self. *Nursing Times*. Junio 1995, 91, 25(21), 44-45.

ROMÁ, M.T., RIBERA, D., CARTAGENA, E., SANS, I. y REIG, A.: Estrés laboral en enfermería infantil. Comparación con población no infantil. *Enfermería científica*, 1993, 3 (5), 13-19.

ROMÁ, M.T. y RUIZ, M.T.: Fundones de enfermería: evolución de un concepto. *Enfermería científica*, Julio-agosto 1992, 2(4), 135-141.

ROSENTHAL, S.L., SCHMID, K.D. y BLACK, M.N.: Stress and coping in N.I.C.M. *Research in nursing and health*, 1989, 12, 256-257.

ROTTER, J.B.: *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1954.

ROTTER, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80 (1).

SANCERÍN, P., POLLÁN, M. e IDOATE, C.: Formación continuada. Motivación, intereses, necesidades. *Revista Rol*, Enero 1992, 58-63.

SÁNCHEZ, M.: El síndrome de estar quemado (burn-out) en enfermería. *Notas de enfermería*, Noviembre 1991, 1(11), 61-65.

SANDIN, B., CHOROT, P., JIMÉNEZ, M.P. y SANTED, M.A.: Stress behavior types, psychosomatic complaints and disease. *Stress News*, 1994, 5 (3), 4-9.

SANDIN, B.: El estrés. En BELLOCH, A., SANDIN, A. y RAMOS, F. (eds): *Manual de Psicopatología*, McGraw-Hill, Madrid, 1995, 2, 4-52.

SANTÉ PUBLIQUE: Stressé(e)? moi? jamais? *Revue de l'infirmière*. Octubre 1992, 15, 15-17.

SANTED, M.A.: *Estrés y salud: evaluación psicométrica del estrés diario*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología de la UNED, Madrid, 1995.

SANTED, M.A., CHOROT, P., SANDIN, B., JIMÉNEZ, P. y GARCÍA CAMPAYO, J.: Stress assesment. A new microevents scale. 23rd *International Congress of Applied Psychology*, Madrid, 1994 a.

SANZ, J.: El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med. Clin. Barcelona*, 1991, 96, 377-378.

SAPOLSKY, R.M.: *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? Guía del Estrés*. Edit. Alianza Editorial, 1995.

SAVICKI, V. y COOLEY, E.: The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 1987, 65, 249-252.

SCHAEFFER, C.: Shoring up the "buffer" of social support. *Journal of health and social behavior*, 1982, 23, 96-98.

SCHAUFELI, W.B. y DIERENDONCK, D.: The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 1993, 14, 631-647.

SCHIETINGER, H., Mc CARTHY, P., GILLEN, M. y HANNRICH, H.: A strategie for educating health care providres about aids the California nurses association, aids train the trainer program. *Nursing Clinics of North America*, 1988, 23(4), 779-787.

SEARLE, E.S.: Knowledge, attitudes, and behavior of health professionals in relation to AIDS. *The lancet*, Enero 1987, 3, 26-28.

SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness: on depression, development and death*. Freeman, San Francisco, 1975.

SELYE, H.: *Stress without distress*. J.B. Lippincot. Filadelfia y New York, 1974.

SELYE, H.: *The stress of life*. McGraw-Hill, New York, 1956.

SERGE, M.D: Muerte y personal de enfermería: burnout. *Om ega*, 1993, 27(1), 17-33.

SEUNTJENS, A.D.: Burnout in nursing. What is it and how to prevent it. *Nursing administration quarterly*, 1982, 7, 12-19.

SEYMOUR, J.: Coste del estrés enfermero. *Nursing Times*. Mayo 1995, 91, 22(31), 24-27.

SHOHAM-YAKUBOVICH, I., CARMEL, S., ZWANGER, L. y ZALTEMAN, T.: Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physician strike. *Soc. Sci. Med.*, 1989, 28 (12), 1315-1320.

SINES, D.: Balance of power. *Nursing Times*. Noviembre 1993, 89, 46(17), 52-55.

SLAVITT, D.B., STAMPS, P.L., PIEDMONT, E.B. y HAUSE, A.M.B.: Nurses satisfaction with their work situation. *Nursing research*, 1978, 27(2), 111+20.

TERRY, D. J. y O'LEARY, J.E.: The theory of planned behaviour: the effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology*, 1995, 34, 199-220.

THOMPSON, M.S., PAGE, S.L. y COOPER, C.L.: A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 1993, 9, 221-235.

VALDÉS, M. y FLORES, T. de: *Psicobiología del estrés*. Martínez Roca. 1985.

VANDERSLICE, V.J., RICE, R. y JULIAN, J.: The effects of participation in decision-making on worker satisfaction and productivity: an organizational simulation. *Journal of Applied Social Psychology*, 1987, 17 (2), 158-170.

VAQUERO, M.: Enfermería y salud en el trabajo. *Enfermería científica*, Mayo 1990, 98, 4-8.

VELLAY, P.: Estrés hospitalario en un servicio de maternidad. *Enfermería científica*. Abril 1986, 49, 15-16.

VIDAL, C. y ARTIGAS, B.: Satisfacción laboral en atención primaria (una encuesta). *Revista Rol*. Abril 1993, 176, 13-17.

VIDAL, C. y PADES, A.: Adaptación laboral en enfermería. *Enfermería Científica*. Julio-agosto 1995, 5(4), 5-15.

VILLAR, J. y HERNÁNDEZ, C.: Médicos, enfermeras, comunidad y administración: los cuatro jinetes del Apocalipsis sanitario. *Med. Clin.* Barcelona 1991, 96, 265-268.

VILLAR, R. y TORIO, J.: Validación de una escala de actitudes y aplicación de la misma para medir el clima organizacional en el hospital general de especialidades de SAS, Jaén. *Todo hospital*, 1990, 67, 31-36.

VREDEMBURGH, D.J. y TRINKAUS, R.J.: An analysis of role stress among hospital nurses. *Journal of vocational behavior*, 1983, 23, 83-95.

WILSON, D. y CHIWAKATA, L.: Locus of control and burnout among nurses in Zinbabwe. *Psychological Report*, 1989, 65 (1), 426.

WIMBUSH, F.B.: Nurse burnout its effects on patient care. *Nursing Management*, 1983, 14 (1), 55-57.

WINNUBST, J.A.: Organizational structure, social support, and burnout. En SCHAUFELE, W.B., MASLACH, C. y MAREK, T. (eds.): *Professional burnout. Recent developments in theory and research*, Hemisphere, Washington, D.C., 1993, 151-162.

ZABALA, J. y RUANO, M.I.: Plan de estudios y satisfacción profesional. *Revista Rol*. Octubre 1991, 158, 19-21.

ZABALA, J. y RUANO, M.I.: Satisfacción en el trabajo de enfermería. *Enfermería científica*. Febrero 1992, 119, 13-17.

ZUGER, A. y MILES, S.H.: Physicians, aids, and occupational risk. Historic traditions and ethical obligations. *J.A.M.A.*, 1987, 258 (14), 1924-1928.