



ALGUNOS PROCESOS PSICOSOCIALES SOBRE EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

P. R. Gil-Monte, N. Carretero y M^a D. Roldán

Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (Universidad de Valencia)

2005, 11(2-3), 281-290

Resumen: El objetivo del estudio es analizar la influencia del apoyo social en el trabajo, la falta de reciprocidad percibida en los intercambios sociales y los conflictos interpersonales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout). La muestra consta de 706 profesionales de enfermería. El SQT se estimó mediante el MBI-HSS, el apoyo social mediante una escala de 9 ítems, la falta de reciprocidad con 5 ítems, y los conflictos interpersonales con 6 ítems. Los resultados muestran que el apoyo social, la falta de reciprocidad y los conflictos interpersonales fueron predictores significativos de agotamiento emocional. En el factor realización personal resultó significativo el apoyo social y los conflictos interpersonales. En despersonalización, fueron predictores significativos el agotamiento emocional, los conflictos interpersonales y la realización personal. Se encontró un efecto modulador del apoyo social sobre la relación entre la falta de reciprocidad y el agotamiento emocional.

Palabras Clave: Síndrome de quemarse por el trabajo, Burnout, Apoyo social, Reciprocidad, Conflictos interpersonales, Enfermería

Abstract: The purpose of this study is to analyze the influence of social support in the workplace, imbalance and interpersonal conflicts on burnout. The sample consists of 706 nursing professionals. Burnout was estimated by MBI-HSS, social support by a scale of 9 items, imbalance by 5 items and interpersonal conflicts by 6 items. Results indicate that social support, imbalance and interpersonal conflicts were significant predictors of emotional exhaustion. Social support and interpersonal conflicts were significant predictors of personal accomplishment. And emotional exhaustion, interpersonal conflicts and personal accomplishment showed significant influence on despersonalization. Results indicate buffering effects of social support in the relationship between imbalance and the emotional exhaustion.

Key words: Burnout, Social support, Imbalance, interpersonal conflicts, Nurses.

Title: *Influence of psychosocial processes on burnout in nursing*

Introducción

Debido a cambios en el mundo del trabajo como el aumento de los trabajadores en el sector servicios junto al hecho de que las organizaciones son formaciones sociales, los riesgos psicosociales han adquirido en la actualidad una gran importancia, pues son una fuente de accidentabilidad, enfermedades profesionales y absentismo, y generan una disminución de la productividad de las organizaciones.

El estrés laboral es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en las organizaciones laborales. En el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollar el estrés laboral es el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout), que se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico, característica de los profesionales de este sector. En España ha sido calificado como accidente laboral en diferentes sentencias judiciales (v.g., auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000, Recurso Num.: 4379/1999),

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Pedro R. Gil-Monte, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia

E-mail: Pedro.Gil-Monte@uv.es

© Copyright 2005: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

por lo que su diagnóstico y prevención resulta de crucial importancia.

El SQT tiene su origen en el deterioro de las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, preferentemente con los clientes de la organización. Es un proceso que se caracteriza por un deterioro de las emociones, cogniciones, actitudes y comportamientos de los trabajadores. A raíz de la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI), el SQT se define como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981). Su desarrollo ha sido explicado considerando que los bajos niveles de realización personal en el trabajo y el alto agotamiento emocional, caracterizados por un deterioro cognitivo y afectivo respectivamente, son una respuesta a las fuentes crónicas de estrés laboral. A esta respuesta seguiría la aparición de altos niveles de despersonalización, una estrategia de afrontamiento para manejar el deterioro psicológico, que se caracteriza por la aparición de actitudes negativas hacia los clientes de la organización (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

Dentro de las profesiones del sector servicios, la profesión de enfermería ha sido identificada como uno de los principales campos profesionales en los que el estrés y el SQT tienen especial incidencia (McGrath, Reid y Boore, 2003). La profesión de enfermería tiene unas características singulares: escasez de personal, trabajo por turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, dolor y muerte, falta de especificidad en funciones y tareas, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc. Esto provoca en ocasiones el deterioro de la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones sanitarias y su in-

fluencia sobre el alto índice de absentismo que existe en esta profesión.

Entre las principales fuentes de estrés vinculadas al deterioro de las relaciones interpersonales que favorecen la aparición del SQT se encuentran la falta de apoyo social en el trabajo, la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios sociales y los conflictos interpersonales (Gil-Monte, 2005).

La revisión de la literatura permite concluir que se establece una relación positiva y significativa entre diferentes fuentes de apoyo social en el trabajo y el SQT (Baruch-Feldman, Schwartz, Brondolo y Ben-Dayán, 2002; Greenglass, Burke y Konarski, 1997), y puede ser una ayuda para prevenir su aparición (Zellars y Perrewé, 2001), de manera que los individuos que tienen un fuerte sistema de apoyo social se recuperan mejor del estrés y de los traumas que aquellos que no lo tienen.

Para los profesionales de enfermería son fuentes de apoyo social en el trabajo el supervisor de la unidad, los compañeros, y los médicos de la unidad. Se han propuesto dos modelos para explicar la influencia del apoyo social en el proceso de estrés laboral y del SQT: a) el modelo de efectos directos que establece que el apoyo social puede mejorar (o su ausencia empeorar) el SQT, pues la percepción de apoyo social en el trabajo disminuye los niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y aumenta los de realización personal en el trabajo (Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Greenglass et al., 1997; Zellars y Perrewé, 2001). La falta de apoyo social en el trabajo sería una fuente de estrés relevante en el SQT en profesionales de enfermería. b) Por otra parte, el modelo de modulación establece que el apoyo social en el trabajo puede hacer que la influencia del estrés sobre el sujeto o la valoración que éste haga de los estresores sea menor, amortiguando sus efectos negati-

vos. En el caso del SQT, este efecto de moderación se ha obtenido para el agotamiento emocional (Posig y Kickul, 2003) y para la despersonalización (Russell, Altmaier y Velzen, 1987).

Según las teorías del intercambio social, las personas intercambian bienes materiales pero también amistad, afecto, amor, ayuda y cortesía. Los individuos esperan que estos intercambios se desarrollen con honradez, reciprocidad y con equidad. En estos procesos de intercambio las personas asignan un valor a sus resultados y a los resultados obtenidos por lo demás. Cuando las personas perciben falta de honradez, reciprocidad, desequilibrio, o inequidad en sus intercambios sociales, experimentan tensión y estrés, y consecuentemente pueden actuar con agresividad (Donnerstein y Hatfield, 1982). Por este motivo, los profesionales de enfermería que perciben que dan a sus pacientes y a la organización más de lo que reciben a cambio probablemente percibirán mayores niveles del SQT (Buunk y Schaufeli, 1993; Gil-Monte, 2001; Schaufeli, Van Dierendonck y Buunk, 2001). Esta percepción puede originarse por una expectativa irreal en relación al trabajo y ocasionar sentimientos de frustración, incompetencia social y la aparición del SQT. La percepción de inequidad en los intercambios sociales es una fuente de estrés que influye negativamente en los niveles de realización personal en el trabajo (Gil-Monte, 2001; Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs y Schaufeli, 2001; Van Horn, Schaufeli y Enzmann, 1999), e incrementa los niveles de agotamiento emocional (Euwema, Kop y Bakker, 2004; Gil-Monte, 2002; Van Horn et al., 1999; Taris et al., 2001) y despersonalización (Euwema et al., 2004; Van Horn et al., 1999).

Otras situaciones que influyen en el proceso del SQT son los conflictos interpersonales en el trabajo. Diferentes estudios han obtenido evidencia empírica que

apoyan la relación significativa entre los conflictos interpersonales y el SQT. En estudios con profesionales de enfermería se ha obtenido una relación positiva y significativa entre los conflictos interpersonales y el agotamiento emocional y la despersonalización (Payne, 2001; Zohar, 1997). Otros estudios han puesto de manifiesto que el estilo de expresión de ira se vincula a varias respuestas psicológicas en el trabajo, entre ellas el SQT como respuesta a los conflictos interpersonales (Brondolo et al., 1998).

Partiendo de la información presentada, el objetivo de este estudio es analizar la influencia del apoyo social en el trabajo (desde el supervisor, compañeros y médicos), la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios sociales, y de los conflictos interpersonales sobre el SQT. Se han formulado las siguientes hipótesis: 1. El apoyo social en el trabajo recibido desde el supervisor, compañeros y médicos de la unidad se asociará positiva y significativamente con la realización personal en el trabajo, y de manera negativa y significativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. 2. La falta de reciprocidad en los intercambios sociales presentará una relación negativa y significativa con la realización personal en el trabajo, y positiva y significativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. 3. Los conflictos interpersonales se asociarán de manera negativa y significativa con la realización personal en el trabajo, y positiva y significativamente con el agotamiento emocional y la despersonalización. 4. Siguiendo el modelo de Gil-Monte et al. (1998) la realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional serán predictores significativos de despersonalización. 5. El apoyo social en el trabajo tendrá un efecto de modulación en la relación entre las fuentes de estrés consideradas en el estudio (la falta de reciprocidad y los conflictos interpersonales) y las dimensiones del MBI.

Método

Sujetos

La muestra está compuesta por 706 profesionales de enfermería procedentes de diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana. 576 son mujeres (82.9%) y 119 hombres (17.1%). La media de edad de los sujetos es de 38.54 años (rango: 22 – 61). Respecto al tipo de contrato, 382 son de carácter fijo (55.4%) y 307 son de carácter eventual (44.6%). La experiencia media en la profesión es de 16.12 años (rango: 8 meses - 35 años). En cuanto a la media de antigüedad en la organización es de 13.88 años (rango: 1 mes - 35 años).

Instrumentos

El Apoyo Social en el trabajo se estimó mediante una escala compuesta por 9 ítems que recoge aspectos del apoyo social procedente de los compañeros (3 ítems) (v.g., ¿Con qué frecuencia le ayudan sus compañeros cuando surgen problemas en el trabajo?), del supervisor (3 ítems) (v.g., ¿Con qué frecuencia le ayuda su supervisor/a cuando surgen problemas en el trabajo?), y de los médicos de la unidad (3 ítems) (v.g., ¿Con qué frecuencia le ayudan los médicos de su unidad cuando surgen problemas en el trabajo?), evaluados con una escala Likert de 4 grados (1 “Nunca” a 4 “Siempre”) ($\alpha = .84$) (apoyo social de los compañeros, $\alpha = .76$; apoyo social del supervisor, $\alpha = .82$; y apoyo social de los médicos, $\alpha = .76$).

La Falta de Reciprocidad percibida en los intercambios sociales se estimó mediante una escala de 5 ítems (v.g., Pongo más en mi trabajo de lo que obtengo a cambio de él), que los sujetos valoraron con una escala Likert de 5 grados (1 “Totalmente de acuerdo” a 5 “Totalmente en desacuerdo”) ($\alpha = .80$).

Los Conflictos Interpersonales se evaluaron con una escala formada por 6 ítems.

Esta escala evalúa diferentes fuentes de conflicto: con los compañeros, el supervisor, los pacientes, los familiares, los médicos, y otros trabajadores (v.g., ¿Con qué frecuencia tiene conflictos (discusiones o desacuerdos) con sus compañeros?). Los ítems se evalúan mediante una escala Likert de 5 grados (1 “Nunca” a 5 “Todos los días”) ($\alpha = .72$).

El SQT se estimó mediante el cuestionario MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1986). Este instrumento está compuesto por 22 ítems y consta de tres subescalas que miden las dimensiones del síndrome: Realización personal en el trabajo (8 ítems) ($\alpha = .79$), Agotamiento emocional (9 ítems) ($\alpha = .89$), y Despersonalización (5 ítems) ($\alpha = .64$).

Procedimiento

Los sujetos fueron seleccionados de manera no aleatoria y su participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Sobre el total de profesionales colegiados en la Comunidad Valenciana en el momento de la realización del estudio ($N = 20.074$), el error muestral fue del 3,70% con un margen de confianza del 95,5% (2 sigmas). Los cuestionarios se distribuyeron por las diferentes unidades de los centros hospitalarios que participaron en el estudio. El cuestionario, junto con un sobre de respuesta, fue entregado directamente a los sujetos o al supervisor/a de la unidad para que se los entregara a éstos, y se recogieron en sobre cerrado directamente de los sujetos o a través del supervisor. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados

El porcentaje de respuesta del estudio fue del 31.37 %. Los estadísticos descriptivos para las variables del estudio se presentan en la Tabla 1. Los valores alfa de Cronbach fueron adecuados para todas las variables,

excepto para la escala de Despersonalización que obtuvo un valor moderado ($\alpha = .64$).

Los resultados presentan que el Apoyo Social en el trabajo procedente de las tres fuentes consideradas se asoció significativamente con la Realización personal en el trabajo, el Agotamiento emocional, y la Despersonalización en la dirección espera-

da, confirmándose la Hipótesis 1. Los resultados también confirmaron las Hipótesis 2 y 3, pues la percepción de Falta de Reciprocidad y los Conflictos Interpersonales se asociaron significativamente y de forma negativa con la Realización personal en el trabajo, y de forma positiva con el Agotamiento emocional y la Despersonalización (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos, valores de fiabilidad y correlaciones para las variables del estudio.

| | <i>M</i> | <i>SD</i> | Rango | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------|----------|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. ASTSU | 1.96 | .79 | 1 - 4 | (.82) | | | | | | | |
| 2. ASTCO | 1.78 | .62 | 1 - 4 | .49 | (.76) | | | | | | |
| 3. ASTME | 2.33 | .70 | 1 - 4 | .39 | .48 | (.76) | | | | | |
| 4. FR | 2.80 | .74 | 1 - 5 | -.29 | -.14 | -.26 | (.80) | | | | |
| 5. CI | 2.16 | .46 | 1 - 5 | -.17 | -.20 | -.20 | .19 | (.72) | | | |
| 6. RPT | 35.96 | 7.35 | 0 - 48 | .19 | .22 | .26 | -.15 | -.15 | (.79) | | |
| 7. AE | 17.94 | 10.83 | 0 - 54 | -.30 | -.24 | -.27 | .42 | .33 | -.41 | (.89) | |
| 8. DEP | 5.49 | 4.84 | 0 - 30 | -.17 | -.21 | -.18 | .27 | .29 | -.32 | .48 | (.64) |

Nota 1. Los valores de fiabilidad alfa de Cronbach aparecen en la diagonal.

Nota 2. Todas las correlaciones resultaron significativas al nivel $p \leq .001$.

Nota 3. ASTSU= Apoyo social en el trabajo de los supervisores, ASTCO= Apoyo social en el trabajo de los compañeros, ASTME= Apoyo social en el trabajo de los médicos, FR= Falta de reciprocidad en intercambios sociales, CI= Conflictos interpersonales, RPT= Realización personal en el trabajo, AE= Agotamiento emocional, DEP= Despersonalización.

Para analizar el porcentaje de varianza explicado por las variables independientes consideradas de manera conjunta se realizaron diferentes análisis de regresión "Por Pasos" (Tabla 2).

Los resultados mostraron que para la Realización personal en el trabajo resultó significativa la influencia del Apoyo Social de los médicos ($\beta = .17$, $p \leq .001$) y de los compañeros ($\beta = .11$, $p \leq .01$), de los Conflictos Interpersonales ($\beta = -.08$, $p \leq .05$) y de la Falta de Reciprocidad ($\beta = -.08$, $p \leq .05$). El porcentaje de varianza explicado de manera conjunta por estas variables fue del 9.4%. En Agotamiento emocional fueron predictores significativos la Falta de

Reciprocidad ($\beta = .32$, $p \leq .001$), los Conflictos Interpersonales ($\beta = .22$, $p \leq .001$), y el Apoyo Social del supervisor ($\beta = -.14$, $p \leq .001$), y de los médicos ($\beta = -.09$, $p \leq .05$). El porcentaje de varianza explicado de manera conjunta por estas variables fue del 27.3%. En Despersonalización resultaron predictores significativos los Conflictos Interpersonales ($\beta = .22$, $p \leq .001$), la percepción de Falta de Reciprocidad ($\beta = .20$, $p \leq .001$), y el Apoyo Social de los compañeros ($\beta = -.14$, $p \leq .001$). El porcentaje de varianza explicado de manera conjunta por estas variables fue del 14.7%.

Tabla 2. Análisis de Regresión “Por Pasos” para las dimensiones del MBI

| Variable | Incremento R ² | β | F ecuación |
|------------------------------------|---------------------------|---------|------------|
| Realización personal en el trabajo | | | |
| ASTME | .068 | .17*** | |
| ASTCO | .012 | .11** | |
| Conflictos interpersonales | .008 | -.08* | |
| Falta de reciprocidad | .006 | -.08* | |
| Valores para ecuación | .094 | | 18.02*** |
| Agotamiento emocional | | | |
| Falta de reciprocidad | .177 | .32*** | |
| Conflictos interpersonales | .062 | .22*** | |
| ASTSU | .027 | -.14*** | |
| ASTME | .007 | -.09* | |
| Valores para la ecuación | .273 | | 65.54*** |
| Despersonalización | | | |
| Conflictos interpersonales | .083 | .22*** | |
| Falta de reciprocidad | .046 | .20*** | |
| ASTCO | .018 | -.14*** | |
| Valores para la ecuación | .147 | | 40.14*** |

Nota. ASTME= Apoyo social en el trabajo de los médicos, ASTCO= Apoyo social en el trabajo de los compañeros, ASTSU= Apoyo social en el trabajo de los supervisores.

***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05

Tabla 3. Análisis de regresión “Por Pasos” para Despersonalización tomando como referencia el modelo sobre el SQT de Gil-Monte et al., (1998)

| Variable | Incremento R ² | β | F _(3,702) |
|----------------------------|---------------------------|---------|----------------------|
| Despersonalización | | | |
| Agotamiento emocional | .233 | .38*** | |
| Conflictos interpersonales | .019 | .15*** | |
| Realización personal | .017 | -.14*** | |
| Valores para la ecuación | .269 | | 86.22*** |

Nota. ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05

Cuando se incluyeron además como variables independientes en los análisis la Realización personal en el trabajo y el Agotamiento emocional para Despersonalización, siguiendo el modelo de Gil-Monte et al. (1998) (Hipótesis 4), resultaron pre-

dictores significativos el Agotamiento emocional ($\beta = .38$, $p \leq .001$), los Conflictos Interpersonales ($\beta = .15$, $p \leq .001$), y la Realización personal en el trabajo ($\beta = -.14$, $p \leq .001$). El porcentaje de varianza del factor Despersonalización explicado de

manera conjunta por estas variables fue del 26.9%. (Tabla 3). Este resultado confirma la Hipótesis 4.

Para contrastar la Hipótesis 5 se realizaron cuatro análisis de regresión múltiple jerárquica: para el Apoyo Social en el trabajo global y para cada una de las fuentes de apoyo social consideradas (compañeros, supervisor y médicos). En estos análisis fueron entrando sucesivamente las variables antecedentes (la Falta de Reciprocidad o los Conflictos Interpersonales), la variable moduladora (el Apoyo Social en el trabajo global, y de las diferentes fuentes), y el producto de cada variable antecedente por la moduladora (Baron y Kenny, 1986). Sólo se obtuvo evidencia del efecto modulador del Apoyo Social en el trabajo global sobre la relación entre la Falta de Reciprocidad en los intercambios sociales y el Agotamiento emocional. La introducción de la variable producto en la regresión jerárquica, tras controlar los efectos de las variables antecedentes y de la variable moduladora, explicó un porcentaje adicional y significativo de varianza del 0.4 % ($\beta = -.27$, $p = .05$; $F_{(1, 702)} = 3.72$, $p = .05$). Por lo tanto, no se confirmó la hipótesis planteada al respecto en su totalidad.

Discusión

El apoyo social en el trabajo por parte de las distintas fuentes se ha asociado significativamente con los niveles del SQT, al igual que en otros estudios realizados con diferentes muestras, y también con personal de enfermería (Eastburg et al., 1994). Este resultado permite afirmar que existe una asociación significativa y negativa entre las fuentes de apoyo social internas a la organización y el SQT.

Respecto al modelo de efectos de modulación del apoyo social, se ha obtenido evidencia empírica sólo para la influencia del apoyo social global sobre la relación entre

la falta de reciprocidad y el agotamiento emocional. Aunque el modelo de efectos moduladores aparece poco consistente en la literatura, y es más probable obtener evidencia empírica para este efecto cuando se analizan componentes específicos del apoyo social (Greenglass et al. 1997), los resultados del estudio recomiendan la necesidad de intervenir sobre las tres fuentes de apoyo social en el trabajo, pues de esta manera se consigue un efecto adicional a la intervención sobre sólo alguna de las fuentes. Ello puede ser debido a que los individuos elaboran una percepción global del nivel de apoyo social, una percepción de "clima de apoyo" en la organización, diferente a la suma del apoyo social procedente de las distintas fuentes (compañeros, supervisores y médicos), y esta percepción del clima social de la organización y su influencia sobre la faceta emocional de la psique es la que influye sobre los niveles del SQT.

La falta de reciprocidad en los intercambios sociales ha resultado un predictor significativo de las tres dimensiones del MBI, pero en mayor grado de agotamiento emocional, de manera similar a estudios realizados con muestras de policías (Euwema et al., 2004). Los conflictos interpersonales han resultado una variable predictora significativa de las tres dimensiones del MBI, pero en mayor grado de la despersonalización.

Por otra parte, el estudio aporta evidencia empírica para el modelo elaborado por Gil-Monte et al. (1998) para explicar el proceso de desarrollo del SQT. Tomado como referencia el modelo de Eagly y Chaiken (1993) sobre el desarrollo de actitudes, según el cual la modificación de las cogniciones y emociones hacia un objeto actitudinal modificará las actitudes hacia ese objeto, podemos concluir que el cambio en los niveles de realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional

consecuencia de las relaciones interpersonales con los pacientes modificarán las actitudes y conductas de despersonalización que los profesionales desarrollan hacia ellos.

Los resultados empíricos de este estudio pueden constituir un punto de referencia para diseñar estrategias dirigidas a prevenir el SQT en profesionales de la salud. Las organizaciones de este sector ocupacional deben desarrollar programas de formación. Algunos programas de entrenamiento deberían mejorar las habilidades sociales de los profesionales, su capacidad para tomar decisiones, asertividad, comunicación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, etc., con el fin de mejorar la calidad de los procesos de interacción social que se establecen con los clientes de la organización, y de esta manera restaurar o prevenir el deterioro actitudinal, cognitivo y emocional, que origina el SQT. Un ejemplo sería el estudio de Weitzman y Weitzman (2003), en el cual resaltan la importancia del entrenamiento de la comunicación con personas mayores, concluyendo que el papel de la comunicación es fundamental para disminuir los conflictos interpersonales entre los médicos y los pacientes.

Por otra parte, las expectativas muy altas en una profesión pueden influir en la disminución del apoyo social en el trabajo, y en el aumento de la percepción de inequidad y de los conflictos interpersonales. Algunas estrategias que la organización puede utilizar para prevenir el SQT pueden dirigirse a que los trabajadores conozcan sus posibilidades reales de desarrollo profesional, su rol dentro de la organización, el rol de sus compañeros, sus obligaciones y de sus derechos. A todo ello puede contribuir la estandarización del trabajo que, a

su vez, puede ayudar a prevenir el SQT (Hsieh y Hsieh, 2003).

La reciprocidad en los intercambios sociales con la organización y con los pacientes es de gran importancia. Los resultados del estudio también llevan a recomendar que es necesario mostrar consideración hacia los profesionales desde la dirección, y tener presentes las expectativas irreales con las que algunos profesionales abordan su vida laboral. Por ello, sería recomendable la realización de programas de socialización anticipatoria que transmitan expectativas acordes a la realidad laboral. De esta manera, con la socialización anticipatoria los profesionales tendrán una mejor preparación y disminuirán las frustraciones que ocurren durante sus primeros años de vida laboral.

Las organizaciones tienen que ser conscientes de que la formación y los costes en salud laboral son en definitiva una inversión de futuro. Invertir en recursos humanos ayudará a tener una organización más sana y capaz de anticiparse y enfrentarse a los cambios del entorno y, por tanto, más competitiva y eficaz. Tanto a nivel organizacional como individual, fomentar la calidad de vida laboral empieza por sentirse partícipe de la organización.

Este estudio forma parte del Proyecto de investigación "039/2001", subvencionado por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) (Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana).

Artículo recibido: 12-04-2005

aceptado: 20-10-2005

Referencias Bibliográficas

- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Baruch-Feldman, C., Schwartz, J., Brondolo, E. y Ben-Dayan, D. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 84-93.
- Brondolo, E., Masheb, R., Stores, J., Stockhammer, T., Tunick, W., Melhado, E., et al. (1998). Anger-related traits and response to interpersonal conflict among New York City traffic agents. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(22), 2089-2118.
- Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). Professional burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, (pp.53-69). London: Taylor & Francis.
- Donnerstein E. y Hatfield E. (1982). Aggression and inequity. En J. Greenberg y R. L. Cohen (Eds.), *Equity and justice in social behavior* (pp. 309-336). Nueva York: Academic Press.
- Eagly, A. H. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eastburg, M. C., Williamson, M., Gorsuch, R. y Ridley, C. (1994). Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(14), 1233-1250.
- Euwema, M. C., Kop, N. y Bakker, A. B. (2004). The behaviour of police officers in conflict situations: how burnout and reduced dominance contribute to better outcomes. *Work and Stress*, 18(1), 23-38.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01.pdf> (activo abril 2005).
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout")*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4(1), 165-179.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J. y Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work and Stress*, 11(3), 267-278.
- Greenglass, E. R., Burke, R.J. y Konarski R. (1998). Components of burnout, resources, and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(12), 1088-1106.
- Hsieh, Y. M. y Hsieh, A. T. (2003). Does job standardization increase job burnout?. *International Journal of Manpower*, 24(5), 590-614.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (1986, 2ª ed.). Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press.
- McGrath, A., Reid, N. y Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 13(3), 396-405.
- Posig, M. y Kickul, J (2003). Extending our understanding of burnout: Test of an integrated model in nonservice occupations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(1), 3-19.
- Russell, D.W., Altmaier, E. y Velzen, D. V. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 269-274.
- Schaufeli, W. B., Van Dierendonck, D. y Buunk, B. P. (2001). Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 43-52.
- Taris, T. W., Peeters, M. C., Le Blanc, P. M., Schreurs, P. J. y Schaufeli, W. B. (2001). From inequity to burnout: The role of job stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 303-323.
- Van Horn, J. E., Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1999). Teacher burnout and lack of reciprocity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 91-108.
- Weitzman, P. F. y Weitzman, E. (2003). Promoting communication with older adults: protocols for resolving interpersonal conflict and for enhancing interactions with doctors. *Clinical Psychology Review*, 23, 523-535.
- Zellars K. L. y Perrewé, P. L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations.

- Journal of Applied Psychology*, 86(3), 459-467.
- Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands, *Journal of Organizational Behavior*, 18(2), 101-115.