

Efectos de los Conflictos Interpersonales Sobre el Desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y su Influencia Sobre la Salud. Un Estudio Longitudinal en Enfermería

LONGITUDINAL STUDY OF THE INFLUENCE OF INTERPERSONAL CONFLICTS IN BURNOUT AND ITS INFLUENCE ON HEALTH PROBLEMS AMONG NURSES

Ester Grau Alberola¹, Pedro R. Gil Monte², Juan Antonio García Jueas³, Hugo Figueiredo Ferraz⁴

1. PhD Psicología. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO), Universidad de Valencia, España.
2. PhD Psicología. Profesor Titular. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO), Universidad de Valencia, España.
3. Psicólogo, Master Oficial en Prevención de Riesgos Laborales. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO), Universidad de Valencia, España.
4. Psicólogo, Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO), Universidad de Valencia, España.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de los Conflictos Interpersonales en las organizaciones hospitalarias, sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (burnout) y sus efectos sobre la salud. La muestra estuvo formada por 316 profesionales de enfermería, y el diseño del estudio fue longitudinal. El SQT se estimó con el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), (Maslach y Jackson 1986). Los Conflictos Interpersonales se evaluaron con una escala formada por 6 ítems que consideraba diferentes fuentes de conflicto (alfa = 0.76, T1; alfa = 0.72, T2). Los Problemas de Salud se evaluaron con 13 ítems que recogen la percepción subjetiva con la que los individuos han experimentado esos problemas en relación con el trabajo (alfa = 0.82, T1; alfa = 0.81, T2). Los análisis de regresión realizados permitieron obtener evidencia empírica de que los Conflictos Interpersonales eran un antecedente significativo de Agotamiento Emocional y de Realización Personal en el Trabajo, mientras que Agotamiento Emocional y Despersonalización eran un antecedente significativo de los Problemas de Salud. Se concluye sobre la importancia de los factores relacionales y emocionales en la prevención del SQT y sus problemas asociados, así como de la necesidad de realizar investigaciones longitudinales.

(Alberola E, Monte P, García J, Figueiredo H. 2009. Efectos de los Conflictos Interpersonales Sobre el Desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y su Influencia Sobre la Salud. Un Estudio Longitudinal en Enfermería. Cienc Trab. Abr-Jun; 11 (32): 72-79).

Descriptores: AGOTAMIENTO PROFESIONAL, ENFERMERÍA/RECURSOS HUMANOS, RELACIONES INTERPERSONALES, CONDICIONES DE TRABAJO, ESTUDIOS LONGITUDINALES.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the effect of interpersonal conflicts on burnout in hospital organizations and its consequences on health. A longitudinal design was employed on a sample of 316 nursing professionals. Burnout was measured by the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), (Maslach y Jackson 1986). Different sources of interpersonal conflicts were evaluated by 6 items ($\alpha = 0.76$, T1; $\alpha = 0.72$, T2). Disorders of health were assessed with a scale of 13 items, which summarize the subjective perception of individuals who have experienced these disorders in their jobs ($\alpha = 0.82$, T1; $\alpha = 0.81$, T2). Regression analysis showed that Interpersonal Conflicts were significant predictors of Emotional exhaustion and Personal accomplishment, while Emotional exhaustion and Despersonalization was found to be a significant predictor of Disorders of health. The study concludes that it must take into account the relational and emotional factors to prevent burnout in nurses and the problems associated. Furthermore, in a methodological level, it is necessary to make longitudinal studies.

Descriptors: BURNOUT, PROFESSIONAL; NURSING/MANPOWER; INTERPERSONAL RELATIONS; WORKING CONDITIONS; LONGITUDINAL STUDIES.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el mercado de trabajo ha evolucionado hacia una "economía del conocimiento" (Comisión de las Comunidades Europeas 2000), que ha supuesto la obligada adaptación no sólo de las organizaciones sino también de los individuos a nuevos estándares de calidad en el servicio.

Actualmente, las organizaciones son sistemas construidos socialmente, abiertos y flexibles que se basan en el establecimiento de transacciones individuales y grupales entre sus miembros, lo que implica el consenso de leyes implícitas y roles para su buen funcionamiento. La organización del sistema como tal puede afectar a la

Correspondencia / Correspondence

Ester Grau Alberola

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.

Avda. Blasco Ibáñez Nº 21, Valencia, España. CP 46010.

Tel.: (34 96) 386 4564 / Fax: (34 96) 386 4668

e-mail: Ester.Grau@uv.es

Recibido: 19 de marzo de 2009 / Aceptado: 4 de mayo de 2009

calidad del servicio directamente, a través del diseño y manejo de procedimientos y estructuras e, indirectamente, a través del impacto que la organización tiene sobre el bienestar del personal.

De manera que los grupos organizacionales se sustentan sobre una estructura social que determina que la calidad de los productos no sólo esté relacionada con la exclusividad de los mismos sino que también con la naturaleza de las relaciones entre sus miembros (De Miguel 2007). Así, dentro del constructo de calidad tienen cabida diversos conceptos relacionados, entre ellos, las condiciones de trabajo, el clima organizacional, la seguridad y la satisfacción y el desarrollo personal.

Dentro de las condiciones de trabajo, el estrés laboral afecta al 28% de los trabajadores de la Unión Europea (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo 2003). Algunos estudios concluyen que entre el 50% y el 60% del absentismo está ocasionado por el estrés laboral (Cox et al. 2000). En consecuencia, los elevados niveles de estrés experimentados en las sociedades occidentales conllevan un deterioro de la calidad de vida profesional y personal, por lo que se justifica la proliferación teórica de estudios y su paulatino reconocimiento jurídico (Consejo de las Comunidades Europeas. Directiva. 1989).

Recientemente, en el informe sobre la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012) (Instituto de Salud Carlos III (España) 2007) se establece el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales a corto, medio y largo plazo (2007). En el mismo documento se señala que el diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo debe integrar todo el conjunto de riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores como consecuencia del ejercicio de su actividad dentro y fuera de los centros de trabajo, con especial atención a los denominados riesgos emergentes, los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo.

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

Paralelamente, con el fin de dar respuesta a los interrogantes sociales, el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (en adelante, SQT) (burnout) se ha convertido en uno de los principales fenómenos de estudio de la Psicología de la Salud Organizacional. El grueso de la investigación realizada sobre el SQT se refiere a las profesiones de ayuda o del sector servicios, ya que la incidencia del SQT en estas profesiones asistenciales y sociales es mayor que en otras (Gil-Monte 2005).

El SQT se produce como una respuesta prolongada a los estresores crónicos de naturaleza emocional e interpersonal. Este síndrome psicológico se caracteriza por síntomas de apatía y no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo (agotamiento emocional), desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo (despersonalización); y, tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que se atiende (baja realización personal en el trabajo) (Maslach et al. 2001).

Entre los procesos psicosociales más importantes que contribuyen al desarrollo del SQT y sus consecuencias –como los problemas de salud–, se ha identificado la calidad de las relaciones interpersonales dentro del grupo del trabajo, puesto que son fundamentales para el bienestar psicológico del individuo dentro de la organización, y están positivamente relacionados con la satisfacción laboral (Payne 2001).

Por lo tanto, las organizaciones, como formaciones sociales, se estructuran a partir de las relaciones de poder y coaliciones interdependientes que se forman entre sus miembros y que están en continuo proceso de negociación.

Así, la dinámica de una organización se explica a partir de las relaciones interpersonales que se forman dentro de una estructura jerárquica y organizada. En este contexto de interacción, algunos trabajos provocan relaciones interpersonales tan intensas que contribuyen a la aparición del SQT (Zellars y Perrewé 2001), pudiendo provocar la disminución de los niveles de bienestar de los trabajadores (Zapf et al. 1996).

El conflicto en la organización recoge la idea de una lucha, una pelea o un enfrentamiento entre opuestos (De Creu et al. 2004). Un conflicto interpersonal implica siempre una oposición de un individuo hacia otro que impide conseguir algo valorado (recursos, objetivos, valores). Es un proceso que se inicia cuando una de las partes percibe una situación de inequidad o frustración. Si esta situación se mantiene en el tiempo, y en función de la importancia de lo que se anhela, puede desembocar en situaciones de estrés que conllevan síntomas de agotamiento emocional, baja realización personal y desarrollo de sintomatología somática (Gil-Monte 2005). De manera que los conflictos son estresores sociales que se traducen en rencores sociales, conductas injustas y un clima grupal inadecuado que repercute sobre el individuo y la organización (Dormann y Zapf 2004). Entre los estresores de los profesionales de enfermería hospitalaria se cita los conflictos con los supervisores y con los médicos (Oberle y Hughes 2001). El SQT se asocia también en profesionales de enfermería con problemas derivados de clientes difíciles, mayor porcentaje de cuidado directo y alta exposición a pacientes con mal pronóstico (Bakker et al. 2000).

Otra fuente de conflicto puede provenir del propio ambiente organizacional. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto la influencia del clima laboral sobre los niveles de satisfacción del trabajador (Cortese 2007; Manojlovich 2005, Stordeurs et al. 2007), relacionando las condiciones de trabajo en enfermería con consecuencias negativas sobre la satisfacción laboral (Aiken y Patrician 2000; Laschinger et al. 2001; Manojlovich 2005) y, aumento de la irritabilidad y de la ansiedad (Bennett et al. 2001). En este estudio, se ha considerado entre las consecuencias derivadas del desarrollo del SQT los problemas de salud. La incidencia del estrés sobre la salud es compleja y puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicofisiológicos), aunque también puede influir de modo indirecto, a través de conductas no saludables o estrategias de afrontamiento nocivas, como beber alcohol y conductas de riesgo, así como inhibir conductas relacionadas con la salud (Guerrero 2003). La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo 2002) señala que el 16% de las enfermedades cardiovasculares en los hombres y el 22% en las mujeres están originadas por el estrés laboral. Sin embargo, las consecuencias individuales engloban a todos los sistemas del organismo, y se agrupan en función de sus manifestaciones en: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticas (Gil-Monte y Peiró 1997). En este sentido, se debe hablar de respuestas cuando los síntomas son percibidos por el individuo, pero no alteran significativamente su ritmo de vida habitual, y se empezaría a hablar de consecuencias cuando ese ritmo se ve significativamente alterado e incluso es imposible desempeñarlo (caso de infarto de miocardio, hipertensión crónica, diabetes, depresión, asma) (Gil-Monte 2005).

Dentro de la profesión de enfermería, la frecuencia de síntomas psicosomáticos parece ser un buen indicador de problemas de salud relacionados con procesos psicológicos (Piko 2006). Según los estudios revisados, la mayor correlación entre el SQT y la sintomatología psicosomática se da en forma de alteraciones de tipo cardiaco (palpitaciones y taquicardia) (Gil-Monte et al. 2006). Además, diferentes estudios han puesto de manifiesto que existe una relación significativa entre el SQT y los problemas de salud percibidos por los individuos (Hätinen et al. 2004; Honkonen et al. 2006). De hecho, el SQT parece ser una experiencia posterior a la experiencia subjetiva y crónica del estrés laboral y, por tanto, antecedente de las consecuencias de estrés sobre la salud de los trabajadores.

Asimismo, existe suficiente evidencia empírica que sugiere que unos niveles elevados de estrés en el trabajo se asocian con factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares (Kinnunen et al. 2006) y con la presencia de niveles elevados de presión arterial (Landsbergis et al. 2003). De hecho, Honkonen y cols. (Honkonen et al. 2006) señalan que la prevalencia de las enfermedades físicas es mayor en función del incremento de los niveles de SQT. Se desprende de estos estudios que el riesgo relativo asociado con el SQT es igual e incluso a veces excede el riesgo real atribuido clásicamente a factores de riesgo (años, fumar, hipertensión, nivel de lípidos) (Relamed et al. 2006).

Otra línea de estudio ha relacionado variables de personalidad como la conducta tipo A (ambición, competitividad, falta de tiempo, impaciencia y hostilidad) con un amplio rango de problemas de salud, entre ellos las enfermedades cardiovasculares, las quejas psicosomáticas, el agotamiento, el SQT y las conductas nocivas para la salud como el consumo elevado de tabaco y alcohol (Hallberg et al. 2007; Richardson et al. 2006).

Finalmente, el SQT en profesionales de enfermería se ha relacionado significativamente con el desarrollo de patología psiquiátrica (Coffey y Coleman 2001), en particular, la presencia de sintomatología depresiva se ha corroborado en diferentes estudios (Brennkemeyer et al. 2001; Hätinen et al. 2004; Sears et al. 2000). Además, otras conductas como el abuso de alcohol y de drogas se han asociado con ansiedad, baja satisfacción laboral (Bennet et al. 2001) y agotamiento emocional (Coffey y Coleman 2001).

El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de los conflictos interpersonales en las organizaciones hospitalarias, sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (burnout) y sus efectos sobre la salud.

Las hipótesis formuladas son las siguientes. Hipótesis 1: las relaciones entre los Conflictos Interpersonales y los síntomas de SQT serán significativas y positivas con Agotamiento Emocional y Despersonalización; y negativas con Realización Personal en el Trabajo. Hipótesis 2: las relaciones entre los síntomas del SQT y los Problemas de Salud, serán significativas y positivas con Agotamiento Emocional y Despersonalización, y negativas con Realización Personal en el Trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra la formaron 316 profesionales de enfermería de diferentes hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana (España), considerando como población el total de profesionales colegiados en la Comunidad Valenciana en el momento de la realización del estudio (n = 20.074). El error muestral en Tiempo

1 (T1) fue del 3.70% con un margen de confianza del 95.5% (2 sigmas).

Atendiendo a las variables sociodemográficas consideradas en el estudio, la composición de la muestra presenta las siguientes características. En función del sexo, los participantes en el estudio fueron 53 hombres (16.8%) y 262 mujeres (83.2%); (1 cuestionario no se respondió a esta variable, 0.3%). La media de edad de los participantes en el estudio ha sido de 40.39 años (dt = 8.519, min. = 23 años, máx. = 60 años). En función del tipo de contrato, 183 sujetos de la muestra de participantes refirieron trabajar en condiciones de contrato fijo (58.1%), 132 eran eventuales (41.90%), y en 1 caso se omitió la respuesta a este ítem (0.3%).

Instrumentos

Los niveles del SQT se evaluaron mediante el Maslach Burnout Inventory, en la versión elaborada para los profesionales de "servicios de ayuda" (MBI-HSS) (Maslach y Jackson 1986). El cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres escalas denominadas Realización Personal en el Trabajo (8 ítems, $\alpha = 0.80$ en T1 y $\alpha = 0.79$ en T2) ($r_{T1-T2} = 0.58$, $p < 0.001$), Agotamiento Emocional (9 ítems, $\alpha = 0.89$ en T1 y $\alpha = 0.91$ en T2) ($r_{T1-T2} = 0.68$, $p < 0.001$), y Despersonalización (5 ítems, $\alpha = 0.64$ en T1 y $\alpha = 0.61$ en T2) ($r_{T1-T2} = 0.52$, $p < 0.001$). Los participantes valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem en el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 grados que van desde 0 ("Nunca") a 6 ("Todos los días"). Bajas puntuaciones en Realización Personal en el Trabajo junto a altas puntuaciones en Agotamiento Emocional y en Despersonalización se corresponden con altos niveles del SQT.

Los Conflictos Interpersonales se evaluaron con una escala formada por 6 ítems. Esta escala evalúa diferentes fuentes de conflicto: con los compañeros, el supervisor, los pacientes, los familiares, los médicos, y otros trabajadores. Los ítems se evalúan mediante una escala Likert de 5 grados (1 "Nunca" a 5 "Todos los días"). El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de $\alpha = 0.76$ en T1 y $\alpha = 0.72$ en T2 ($r_{T1-T2} = 0.62$, $p < 0.001$).

Los problemas de salud se han evaluado con 13 ítems que recogen la percepción subjetiva con la que los individuos han experimentado esos problemas en relación con el trabajo. Hace referencia a la existencia en el sujeto de una sintomatología fisiológica de carácter más o menos inespecífico. Esta sintomatología no impide necesariamente desarrollar la actividad laboral, aunque sí merma la salud del individuo y le impide disfrutar plenamente de su tiempo de trabajo y de ocio. Los sujetos deben valorar con una escala de 5 grados la frecuencia con la que han experimentado en las últimas semanas los síntomas descritos en los ítems en relación con su trabajo (1 "Nunca" a 5 "Muy frecuentemente"). El valor alfa de Cronbach obtenido por la escala en el estudio ha sido de $\alpha = 0.82$ en T1 y $\alpha = 0.81$ en T2 ($r_{T1-T2} = 0.68$, $p < 0.001$).

Procedimiento

El diseño fue longitudinal y no aleatorizado. El primer paso consistió en seleccionar la muestra, y posteriormente contactar mediante carta y llamada telefónica con los directores y/o coordinadores de los hospitales seleccionados. En este contacto se solicitó una entrevista para explicar el proyecto con más detalle y distribuir los cuestionarios entre los trabajadores del hospital. También era objetivo de esta primera visita mantener una reunión con los trabajadores antes de distribuir los cuestionarios para explicarles algunas características

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

Además, se pedía a los participantes que participaron voluntariamente que reflejaran su número de teléfono y su documento nacional de identidad (DNI) en el cuestionario para poder localizarlos en el plazo de un año cuando se repitiera la recogida de datos.

Finalmente, la muestra del presente trabajo de investigación se compuso de aquellos participantes que contestaron de forma íntegra el cuestionario tanto en T1 como en T2. Respecto al procedimiento de análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 14.

RESULTADOS

El porcentaje de respuesta que se obtuvo (31.37% respecto a T1 y 83.77% respecto a T2) puede considerarse similar al obtenido en otros estudios (Atance 1997; Molina et al. 2003; Puialto et al. 2006). La pérdida de muestra experimentada de T1 a T2 no ha tenido implicaciones prácticas en la representatividad de la muestra. En comparación con el número total de colegiados de enfermería en el momento del estudio, el porcentaje de participantes es bajo, pero este problema es habitual en estudios longitudinales (Brouwers y Tomic 2000).

El valor de consistencia interna alfa de Cronbach fue adecuado para casi todas las variables del estudio tanto en T1 como en T2, estando por encima del valor 0.70, excepto para despersonalización en T1 ($\alpha = 0.64$) y T2 ($\alpha = 0.61$) (Nunnally 1978).

Mediante los análisis χ^2 se comparó aquellos participantes que participaron sólo en T1 ($n = 412$) con aquellos que accedieron a participar tanto en T1 como en T2 ($n = 316$), con el fin de evaluar si la muestra del estudio era similar a los participantes que se perdieron porque no contestaron en T2. Sólo resultó significativa para la composición de la muestra según el hospital/centro de procedencia ($\chi^2 [12] = 34.607, p < 0.001$).

Podemos concluir que las características de la muestra son estables en el tiempo salvo para la variable hospital/centro de procedencia. No existieron diferencias significativas para la variable sexo ($\chi^2 [1] = 0.041, ns$), estado civil ($\chi^2 [1] = 0.540, ns$), número de hijos ($\chi^2 [6] = 4.766, ns$), número de hijos dependientes ($\chi^2 [7] = 4.931, ns$) y tipo de contrato ($\chi^2 [1] = 0.194, ns$).

Es importante resaltar que las pruebas t señalan que los trabajadores que contestaron en T2 no difieren de los trabajadores, en ninguna de las variables sociodemográficas, con la muestra de trabajadores que contestaron en los dos tiempos, o de los que contestaron únicamente en T1.

En los análisis descriptivos, sólo se contempla una diferencia significativa entre T1 y T2 en los valores de la variable Realización Personal en el Trabajo, ya que en T1 se obtienen unos niveles de 35.99 y en T2 de 34.34 ($t = 4.54, p \leq 0.001$).

En el estudio se realizaron análisis de correlación de las variables siguiendo los objetivos del trabajo (Tabla 1). Los resultados mostraron que los niveles de Conflictos Interpersonales en T1 se asociaron de manera significativa y en la dirección esperada con las dimensiones del MBI (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo) en T2. Del mismo modo, las relaciones entre los síntomas del SQT y Problemas de Salud, mantuvieron una asociación significativa y positiva con Agotamiento Emocional y Despersonalización, y negativa con Realización Personal en el Trabajo.

Una vez revisadas las relaciones de las variables dos a dos en el modelo longitudinal, se realizó un análisis de regresión múltiple tipo jerárquico para determinar en primer lugar si la variable Conflictos Interpersonales en T1 se mostraba como antecedente de los síntomas del SQT, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo, en T2. Y, en segundo lugar, si los síntomas del SQT en T1 eran antecedentes de Problemas de Salud en T2.

En primer lugar y, por tanto, en el paso 1 de todos los análisis de regresión múltiple se quiso controlar la varianza explicada por las variables sociodemográficas (género, edad, y tipo de contrato).

Como se presenta en la Tabla 2, los resultados de las regresiones jerárquicas indican que las puntuaciones de la variable Agotamiento Emocional en T2 estaban influidas de forma significativa por la variable Agotamiento Emocional en T1 ($\beta = .63, p \leq .001$), el cual, en un segundo paso, incrementó el 44.2% de la varianza, mientras que la variable Conflictos Interpersonales en T1, en un tercer paso, añadió un 1.3% de la varianza explicada ($\beta = 0.13, p \leq 0.01$). Asimismo, las puntuaciones de la variable Realización Personal en el Trabajo en T2 estaban influidas de forma significativa por la variable Realización Personal en el Trabajo en T1 ($\beta = 0.57, p \leq 0.001$), el cual, en un segundo paso, incrementó el 33.5% de la varianza, mientras que la variable Conflictos Interpersonales en T1, en un tercer paso, añadió un 0.8% de la varianza explicada ($\beta = 0.10, p \leq 0.05$).

Tabla 1.

Medias, desviaciones típicas, consistencia interna (alfa de Cronbach), y correlaciones entre las variables del estudio.

	Me	dt	Rango	alfa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo 1														
1. Conflictos Interpersonales	2.16	0.46	1-5	0.76	1									
2. Realización Personal	35.99	7.08	0-48	0.80	-0.20***	1								
3. Agotamiento Emocional	18.51	10.66	0-54	0.89	0.035***	-0.38***	1							
4. Despersonalización	5.50	4.61	0-30	0.64	0.029***	-0.31***	0.44***	1						
5. Problemas de Salud	2.01	0.59	1-5	0.82	0.024***	-0.25***	0.54***	0.23***	1					
Tiempo 2														
6. Conflictos Interpersonales	2.20	0.46	1-5	0.72	0.62***	-0.18**	0.34***	0.26***	0.24***	1				
7. Realización Personal	34.34	7.02	0-48	0.79	-0.20***	0.58***	-0.29***	-0.27**	-0.18***	-0.25***	1			
8. Agotamiento Emocional	19.24	10.99	0-54	0.91	0.35***	-0.30***	0.68***	0.28***	0.51***	0.40***	-0.36***	1		
9. Despersonalización	5.60	4.34	0-30	0.61	0.22***	-0.37***	0.29***	0.52***	0.17**	0.24***	-0.30***	0.42***	1	
10. Problemas de Salud	1.98	0.58	1-5	0.81	0.22***	-0.25***	0.50***	0.23***	0.68***	0.29***	-0.26***	0.60***	0.27***	1

** ≤ 0.01 *** ≤ 0.001

Sin embargo, Conflictos Interpersonales en T1 no se mostró como variable antecedente de Despersonalización en T2, al no explicar un porcentaje de varianza significativo de la variable. Estos resultados confirmaron parcialmente la Hipótesis 1.

Tabla 2.

Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre Conflictos Interpersonales y las dimensiones del MBI.

Paso	Variable	Beta	Incremento R ²	F
Agotamiento Emocional T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.020	
2	Agotamiento Emocional T1	0.63***	0.442***	
3	Conflictos Inter. T1	0.13**	0.013**	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.476	55.921***
Despersonalización T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.016	
2	Despersonalización T1	0.49***	0.261***	
3	Conflictos Inter. T1	0.09	0.007	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.283	24.285***
Realización Personal T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.008	
2	Realización Personal T1	0.57***	0.335***	
3	Conflictos Inter. T1	-0.10*	0.008*	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.352	33.311***

*_ ≤ 0.05 **_ ≤ 0.01 ***_ ≤ 0.001

Conflictos Inter corresponde a la variable Conflictos Interpersonales.

Por lo que se refiere a la variable Problemas de Salud, se obtuvo en relación a los síntomas del SQT, que los niveles de Problemas de Salud en T2 estaban influidos de manera significativa por Problemas de Salud en T1.

Por otro lado, las variables Agotamiento Emocional en T1 ($\beta = 0.20$, $p \leq 0.001$) y Despersonalización en T1 ($\beta = 0.10$, $p \leq 0.05$), en un tercer paso, incrementaron con respecto a la varianza explicada por las variables sociodemográficas el 2.7% y el 0.9%, respectivamente, de la varianza.

Sin embargo, Realización Personal en el trabajo en T1 no explicó un porcentaje de varianza significativo en la variable Problemas de Salud en T2, no mostrándose como variable antecedente (Tabla 3). Estos resultados confirmaron parcialmente la Hipótesis 2.

Tabla 3.

Análisis de regresión jerárquicos para comprobar las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y la variable Problemas de Salud.

Paso	Variable	Beta	Incremento R ²	F
Problemas de Salud T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.030*	
2	Problemas de Salud T1	0.57***	0.442***	
3	Agotamiento Emocional T1	0.20***	0.027***	
Est. Ecuación F (5, 285)			0.497***	60.985***
Problemas de Salud T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.030*	
2	Problemas de Salud T1	0.65***	0.442***	
3	Despersonalización T1	0.10*	0.009*	
Est. Ecuación F (5, 285)			0.480	56.916***
Problemas de Salud T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.030*	
2	Problemas de Salud T1	0.65***	0.442***	
3	Realización Personal T1	-0.08	0.006	
Est. Ecuación F (5, 285)			0.476	56.044***

*_ ≤ 0.05 **_ ≤ 0.01 ***_ ≤ 0.001

Una vez se comprobaron las relaciones anteriores, siguiendo las recomendaciones de Zapf y cols. (Zapf et al. 1996), se realizaron los análisis estadísticos de regresión jerárquica para comprobar si estas relaciones, en el modelo longitudinal, son bidireccionales. Se realizaron tres análisis de regresión jerárquica, uno por cada dimensión del MBI, en donde, una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas, en un primer paso, se introdujo la variable Conflictos Interpersonales en T1, en un segundo paso del análisis, y por último la dimensión del MBI en T1, en un tercer paso.

En relación a la Hipótesis 2 del estudio, una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas, en un primer paso, se introdujo la dimensión del MBI en T1, en un segundo paso del análisis, y por último Problemas de Salud en T1, en un tercer paso.

Los resultados estadísticos mostraron que los niveles de conflictos interpersonales en T2 estaban predichos por Conflictos Interpersonales en T1 ($\beta = 0.55$, $p \leq 0.001$), que incrementó la varianza en un 34%, en un segundo paso, y la dimensión Agotamiento Emocional en T1 ($\beta = 0.14$, $p \leq 0.01$), que añadió un 1.7% a la varianza explicada, en un tercer paso del análisis. En conjunto ambas variables explicaron un 42.3%. Lo que indica bidireccionalidad en la relación entre estas dos variables.

Los resultados no fueron significativos para los efectos de Despersonalización en T1 y de Realización Personal en el Trabajo en T1 sobre Conflictos Interpersonales en T2 (Tabla 4).

Tabla 4.

Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones longitudinales inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Conflictos Interpersonales.

Paso	Variable	Beta	Incremento R ²	F
Conflictos Interpersonales T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.067***	
2	Conflictos Inter. T1	0.55***	0.340***	
3	Agotamiento Emocional T1	0.14**	0.017**	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.423	45.131***
Conflictos Interpersonales T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.067***	
2	Conflictos Inter. T1	0.58***	0.340***	
3	Despersonalización T1	0.07	0.004	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.411	42.917***
Conflictos Interpersonales T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.067***	
2	Conflictos Inter. T1	0.59***	0.340***	
3	Realización Personal T1	-0.04	0.002	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.408	42.454***

_ ≤ 0.01, *_ ≤ 0.001

Conflictos Inter corresponde a la variable Conflictos Interpersonales.

Respecto a los efectos de Problemas de Salud en T1 sobre los niveles del SQT, siguiendo el mismo procedimiento anterior, los resultados mostraron que Agotamiento Emocional en T2 estaba predicha por los niveles de Agotamiento Emocional en T1 ($\beta = 0.57$, $p \leq 0.001$), explicando el 44.2% de la varianza, en un segundo paso del análisis, y en un tercer paso del análisis Problemas de Salud en T1 explicaban en 2.4% de la varianza sobre Agotamiento Emocional en T2. Lo que indica bidireccionalidad en la relación entre estas dos variables. Los resultados no muestran relaciones de predicción significativas con respecto a la Problemas de Salud en T1 y los otros dos síntomas del SQT, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo en T2 (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de regresión jerárquicos para analizar las relaciones inversas entre las dimensiones del MBI y la variable Problemas de Salud.

Paso	Variable	Beta	Incremento R ²	F
Agotamiento Emocional T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.020	
2	Agotamiento Emocional T1	0.57***	0.442***	
3	Problemas de Salud T1	0.19***	0.024***	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.487	58.408***
Despersonalización T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.016	
2	Despersonalización T1	0.50***	0.260***	
3	Problemas de Salud T1	0.07	0.005	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.281	24.030***
Realización Personal T2				
1	Contrato, Sexo y Edad		0.008	
2	Realización Personal T1	0.57***	0.335***	
3	Problemas de Salud T1	-0.05	0.002	
Est. Ecuación F (5, 308)			0.345	32.507***

***_ ≤ 0.001

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue evaluar los efectos longitudinales de los Conflictos Interpersonales sobre el desarrollo del SQT, y sus efectos en la salud de los trabajadores.

El valor de consistencia interna de las escalas fue adecuado excepto por la baja consistencia interna de la dimensión de Despersonalización, que es uno de los problemas psicométricos del MBI-HSS. Como se apunta en diversos estudios, tanto en muestras extranjeras, pero especialmente en muestras españolas, se encuentran resultados similares de consistencia interna dentro de un rango entre 0.42 y 0.64 (Gil-Monte 2005). Los resultados de este estudio son, pues, comparables a los índices de consistencia interna obtenidos en concreto en muestras de enfermería españolas.

Los resultados permiten afirmar que los niveles de Conflictos Interpersonales son un antecedente positivo y significativo de los niveles de Agotamiento Emocional, y un antecedente negativo y significativo de los niveles de Realización Personal en el Trabajo. La Hipótesis 1 queda parcialmente confirmada. Este resultado confirma de manera longitudinal que los niveles de Conflictos Interpersonales son un antecedente relevante en la aparición y desarrollo del SQT, debido a la influencia fundamentalmente sobre el deterioro emocional y sus efectos sobre la eficacia profesional. En otros estudios, los conflictos con los compañeros se han relacionado positiva y significativamente con Agotamiento Emocional y despersonalización (Payne 2001). En este sentido, Guerrero (Guerrero 2003) apunta que como consecuencia de los sentimientos de despersonalización, el trabajador trata de distanciarse de las personas-clientes de la organización y de los miembros del equipo con los que trabaja mostrándose cínico, irritable e irónico. A este distanciamiento se suma la atribución de culpabilidad de sus frustraciones y el descenso de su productividad. De forma que al experimentar una baja eficacia profesional, el trabajador continúa evitando las relaciones personales y profesionales, lo que se traduce en bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima.

El contacto con otros profesionales se ha señalado como fuente de estrés en profesionales de enfermería (Kalichman et al. 2000; McGrath et al. 2003) De manera que una de las estrategias de inter-

vención propuestas para disminuir los niveles de Agotamiento Emocional, ha sido la promoción de estrategias de comunicación adecuada entre los profesionales de enfermería (Budge et al. 2003) y aumentar así la satisfacción laboral (Laschinger et al. 2001). Con este propósito, los programas de intervención en habilidades de comunicación han tenido un impacto significativo y positivo sobre las mejoras a nivel de salud, reducción de síntomas en los pacientes y bienestar psicológico. Además se han relacionado con un incremento de la autoeficacia entre los profesionales (Ammentorp et al. 2007) y con la calidad de las estrategias de escucha activa, así como con el inicio y frecuencia de estas habilidades (Edwards et al. 2006). La comunicación se considera una habilidad clínica para promover la salud, diagnosticar, tratar, cuidar y rehabilitar (Ammentorp et al. 2007). Los programas de intervención dirigidos a disminuir los conflictos, en enfermería psiquiátrica, han mostrado resultados positivos, disminuyendo la agresión y mejorando el clima entre los pacientes y enfermería (Bowers et al. 2006).

Con respecto a los problemas de salud, los resultados permiten concluir que tanto Agotamiento Emocional en T1 como Despersonalización en T1 explicaban un porcentaje de varianza significativo sobre la variable Problemas de Salud en T2. Los resultados obtenidos confirman que los sentimientos de Agotamiento Emocional y las actitudes de Despersonalización son antecedentes de los Problemas de Salud en los Trabajadores.

Los resultados obtenidos permiten constatar que la relación de Problemas de Salud con Agotamiento Emocional es particularmente intensa, hecho que se ha comprobado en otros estudios (Burke y Mikkelsen 2006; Piko 2006; Schaufeli y Enzmann 1998) replicando los resultados. Las relaciones entre Problemas de Salud y las tres dimensiones del SQT son manifiestas, aunque el papel primordial del Agotamiento Emocional lleva a concluir en algunos estudios con profesionales de enfermería que es el único predictor significativo de síntomas psicósomáticos (Piko 2006). El Agotamiento Emocional ha mostrado una relación independiente y significativa con las cuatro medidas de salud física y psicológica (quejas somáticas, de síntomas postraumáticos y de ideación suicida) y el bienestar (Burke y Mikkelsen 2006), tanto de forma directa (Leiter 2005; Maslach et al. 2001) como indirecta (Leiter 2005).

En esta línea, también los resultados sobre las relaciones inversas, en las que se valora el efecto predictor del SQT sobre Conflictos Interpersonales y, asimismo, el efecto antecedente de Problemas de Salud sobre el SQT, mostraron el papel fundamental de la variable Agotamiento Emocional. En primer lugar, el Agotamiento Emocional se mostró como antecedente de Conflictos Interpersonales y, en segundo lugar, en relación con Problemas de Salud, esta variable se comprobó como antecedente de Agotamiento Emocional. Gil-Monte y cols. (Gil-Monte et al. 2006) señalan que las emociones son un importante mediador en las enfermedades por estrés, de modo que el Agotamiento Emocional actúa como variable mediadora y antecedente en el desarrollo de las alteraciones psicósomáticas y de los Problemas de Salud.

Por otro lado, los conflictos surgen del ambiente interrelacional con los otros, por lo que las principales fuentes de apoyo pueden ser la misma cuna de los conflictos. En este sentido, no es de extrañar la relación inversa significativa que se ha encontrado en nuestro estudio entre los Conflictos Interpersonales en profesionales de enfermería y el Agotamiento Emocional.

Entre las fuentes de conflictos en el trabajo de enfermería, se encuentra la proveniente de los supervisores, de los subordinados, de los compañeros y de los pacientes. Es importante determinar en este

punto, tal y como señalan Dormann y Zapf (Dormann y Zapf 2004), que los estresores sociales y la falta de apoyo no son idénticos conceptos y que, además, tienden a correlacionar negativamente. El conflicto, la inhibición de la comunicación y la falta de estabilidad en las relaciones íntimas son responsables de la percepción de falta de apoyo social (Guerrero 2003). En conclusión, los resultados avalan la pertinencia de la intervención dirigida a las variables propiamente interpersonales. El SQT es sin duda un proceso crónico que se da en respuesta al estrés laboral, pero cuyas principales manifestaciones se producen en la interacción con los otros. El ambiente relacional puede ser, como se ha visto, una fuente de ayuda, o una barrera, en el sentido de Harrison (Harrison 1983), que merma la resistencia emocional del trabajador provocando actitudes de cinismo e impidiendo el pleno desarrollo de carrera.

Limitaciones del estudio

A nivel metodológico, cabe señalar que uno de los problemas de los estudios longitudinales (Dormann y Zapf 2004) es la muerte muestral que se produce entre las dos medidas temporales y que puede poner en entredicho la representatividad de la muestra y, por lo tanto, la posibilidad de generalizar los resultados. Sin embargo, en este estudio se ha considerado, a la hora de analizar los resultados, las relaciones inversas de las variables y el análisis de los efectos de los estresores sociales, lo que fortalece las conclusiones obtenidas. Una segunda puntualización metodológica se refiere a la utilización del análisis de regresión múltiple que estudia la relación lineal entre cada variable y las variables dependientes consideradas. Aunque esta metodología permite obtener conclusiones sobre la influencia directa e inversa entre las distintas variables, el estudio se enriquecería con un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) que permitiera establecer las relaciones entre las variables observadas y las variables latentes, así como las correlaciones entre estas últimas. Los modelos de ecuaciones estructurales permiten mayor flexibilidad y fortaleza en el análisis de los datos y de las interrelaciones entre las variables ya que se estudia las hipótesis planteadas dentro de un modelo global.

CONCLUSIONES

En la prevención de la aparición y desarrollo del SQT y sus problemas asociados, las organizaciones sanitarias deben concienciarse del importante papel que juegan los factores relacionales y emocionales en el desarrollo del SQT en los profesionales de enfer-

mería con el fin de mejorar la calidad de vida laboral de estos trabajadores, a través de programas de afrontamiento del estrés laboral, dirigidas hacia el fomento de estrategias de mejora del apoyo social dentro de las organizaciones sanitarias y de reducción de los conflictos interpersonales.

Dentro de las estrategias de prevención, una propuesta interesante son los llamados hospitales magnéticos, que siguen las directrices estándares de la Nursing World (2001) (Budge et al. 2003). Estas organizaciones saludables se caracterizan por realizar esfuerzos intencionales, sistemáticos y de colaboración para maximizar el bienestar de los trabajadores y la productividad. Se crean trabajos bien diseñados y significativos, un entorno socio-laboral de apoyo, y oportunidades equitativas y accesibles de carrera, así como la conciliación trabajo-familia (Wilson et al. 2004). Este tipo de hospitales promueve la permanencia de la plantilla y la atracción de nuevos profesionales. Factores como la autonomía de los profesionales de enfermería, el control del puesto y las relaciones con los médicos son significativamente altas en estos hospitales, teniendo consecuencias positivas tanto para la plantilla como para los pacientes (Aiken y Patrician 2000). Además, la calidad de la comunicación es significativamente más alta, tanto con el equipo como con la dirección de enfermería y los médicos, encontrando bajos niveles de estresores de rol (Stordeurs et al. 2007).

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

A nivel metodológico, los estudios longitudinales son necesarios con el fin de conocer la causalidad existente entre el propio conflicto y su manejo, con el surgimiento de problemas de salud. Por último, los estudios deberían diferenciar entre los diferentes tipos de conflictos con el fin de evaluar su influencia independiente sobre las dimensiones del SQT (De Creu et al. 2004).

Agredecimientos: Hugo Figueiredo-Ferraz es becario de la Fundação para a Ciência e Tecnologia del Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior del Gobierno de Portugal (SFRH/BD/45899/2008).

Fuentes de financiamiento: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) (Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana) (PI-041/2003).

REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. 2002. La primera Semana Europea sobre el estrés laboral propone nuevas herramientas para abordar este problema [en línea]. Disponible en: <http://osha.europa.eu/es/press/press-releases/021010.xml/?searchterm=estrés%20laboral%202002>. [Consultado en septiembre de 2008]
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. 2003. Sistemas y programas: cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. [En línea] Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades europeas. Disponible en Internet: <http://osha.europa.eu/en>. [Consultado en septiembre de 2008]
- Aiken LH, Patrician PA. 2000. Measuring organizational traits of hospitals: the revised Nursing Work Index. *Nurs Res.* 49:46-153.
- Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P, Mainz J. 2007. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: a randomized controlled trial. *Patient Education Couns.* 66:270-277.
- Atance MJC. 1997. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública.* 71:(3):293-303.
- Bakker BA, Schaufeli BW, Sixma JH, Bosweld W, Van Dierendock D. 2000. Patients demands, lack of reciprocity, and burnout: a five year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav.* 21:425-441.

- Bennett P, Lowe R, Matthews V, Dourali M, Tattersall A. 2001. Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*. 17:55-63.
- Bowers L, Brennan G, Flood C, Lipang M, Oladapo P. 2006. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: city nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 13:165-172.
- Brenninkmeyer V, VanYperen NV, Buunk BP. 2001. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers Individ Dif*. 30:873-880.
- Brouwers A, Tomic W. 2000. A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and teacher education*. 16(2):239-254.
- Budge C, Carryer J, Wood S. 2003. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *J Adv Nurs*. 42(3):260-268.
- Burke RJ, Mikkelsen A. 2006. Burnout among norwegian police officers: potential antecedents and consequences. *Int J Stress Manag*. 13(1):64-83.
- Coffey M, Coleman M. 2001. The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *J Adv Nurs*. 34(3):397-407.
- Comisión de las Comunidades Europeas. 2000. Europa: una sociedad de la información para todos. Informe de avance para el Consejo Europeo extraordinario sobre empleo, reforma económica y cohesión social-. Hacia una Europa basada en la innovación y el conocimiento. Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000 [en línea] Bruselas: COM. Disponible en Internet: http://www.csi.map.es/csi/pdf/prog_rep_es.pdf. [Consultado en octubre de 2008]
- Consejo de las Comunidades Europeas. Directiva. 1989. Directiva 89/391/CEE del Consejo del 12/06/1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo [en línea] Unión Europea. DOCE.L-183. Disponible en Internet en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0391:20081211:ES:PDF>. [Consultado en noviembre de 2008]
- Cortese CG. 2007. Job satisfaction of italian nurses: an exploratory study. *J Nurs Manag*. 15:303-312.
- Cox T, Griffiths A, Rial-González E. 2000. Research on work-related stress [On-line]. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en Internet: http://osha.eu.int/publications/reports/203/stress_es.pdf. [Consultado en octubre de 2008]
- De Creu CKW, Van Dierendonck D, Dijkstra MTM. 2004. Conflict at work and individual well-being. *International journal of conflict management*. 15(1):6-16.
- De Miguel A. 2007. Jornada hacia un nuevo enfoque de la calidad: la cultura de reconocer y exigir calidad. Ponencia Empresa, calidad y consumo. Fundación Valenciana de Calidad. Generalitat Valenciana.
- Dormann C, Zapf D. 2004. Customer-related social stressors and burnout. *J Occup Health Psychol*. 9(1):61-82.
- Edwards N, Peterson WE, Davies BL. 2006. Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'therapeutic relationships' best practice guideline on nurses' communication skills. *Patient Education Couns*. 63:3-11.
- Instituto de Salud Carlos III (España). 2007. Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo (2007-2012) [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/medicinadeltrabajo/ultima_hora/EESST.pdf. [Consultado en agosto de 2008]
- Gil-Monte PR, Peiró JM. 1997. Desgaste psíquico en el trabajo. Madrid: Síntesis.
- . 2005. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. Psicología Pirámide.
- . Núñez-Román EM, Selva-Santoyo Y. 2006. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista interamericana de psicología*. 40(2):227-232.
- Guerrero BE. 2003. Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*. 19(1):45-158.
- Hallberg UE, Johansson G, Schaufeli WB. 2007. Type A behavior and work situation: associations with burnout and work engagement. *Scand J Psychol*. 48:135-142.
- Harrison WD. 1983. A social competence model of burnout. En: Farber BA, editor. *Stress and burnout in the human services professions*. 1985. 2ª ed. New York: Pergamon Press. p. 29-39.
- Hätinen M, Kinnunen U, Pekkonen M, Aro A. 2004. Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources and health. *J Occup Health Psychol*. 9(3):220-237.
- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometä E, Kalimo R, Nykyri E et al. 2006. The association between burnout and physical illness in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. 61(1):59-66.
- Kalichman SC, Gueritault-Chalvin V, Demi A. 2000. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses working in AIDS care. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 11(3):31-37.
- Kinnunen ML, Feldt T, Kinnunen U, Kaprio J, Pulkkiönen L. 2006. Association between long-term job strain and metabolic syndrome factor across sex and occupation. *Journal of individual differences*. 27(3):151-161.
- Landsbergis PA, Schnall PL, Belkic KL, Baker D, Schwartz JE, Pickering TG et al. 2003. The workplace and cardiovascular disease: relevance and potential role for occupational health psychology. In: Quick JC, Tetrick LE, Lois E, editor. *Handbook of occupational health psychology*. Washington DC, US: American Psychological Association. p.265-287.
- Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. 2001. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings. *J Nurs Adm*. 31: 260-272.
- Leiter MP. 2005. Perception of risk: an organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety Stress Coping*. 18(2):131-144.
- Manojlovich M. 2005. Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *J Nurs Scholarsh*. 37(4):367-373.
- Maslach C, Jackson SE. 1986. *The Maslach Burnout Inventory*. 2ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- . Schaufeli WB, Leiter MP. 2001. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 52:397-422.
- McGrath A, Reid N, Boore J. 2003. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*. 40:555-565.
- Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. 2006. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 132(3):327-353.
- Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. 2003. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 31(9):564-571.
- Nunnally NC. 1978. *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Oberle K, Hughes D. 2001. Doctors and nurses perceptions of ethical problems in the end-of-life decision. *J Adv Nurs*. 33:707-715.
- Payne N. 2001. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs*. 33(3):396-405.
- Piko BF. 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 43:311-318.
- Puialto Durán MJ, Rodríguez A, Moure Fernández L. 2006. Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en las enfermeras del Chuvi (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería global*. Mayo 8:1-18.
- Richardsen AM, Burke RJ, Martinussen M. 2006. Work and health outcomes among police officers: the mediating role of police cynicism and engagement. *Int J Stress Manag*. 13(4):555-574.
- Schaufeli WB, Enzmann D. 1998. *The Burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Sears SF, Urizar GG, Evans GD. 2000. Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *J Occup Health Psychol*. 5(1):56-62.
- Stordeurs S, D'Hoore W, Next Study Group. 2007. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *J Adv Nurs*. 57(1):45-58.
- Wilson MG, Dejoy DM, Vandenberg RJ, Richardson HA, McGrath AL. 2004. Work characteristics and employee health and well-being: test of a model of healthy work organization. *Journal of occupational and organizational psychology*. 77:565-588.
- Zapf D, Dormann C, Frese M. 1996. Longitudinal studies in organizational stress research: a review of a literature with reference to methodological issues. *Journal of occupational stress psychology*. 1(2):145-169.
- Zellars LK, Perrewé LP. 2001. Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *J Appl Psychol*. 86(3):459-467