



Artículo

Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco

Evaluation of burnout and psychological well-being among health professionals in the Basque Country

ALBERTO AMUTIO KAREAGA¹
SABINO AYESTARAN EXEBERRIA¹
JONATHAN C. SMITH²

Fecha de Recepción: 24-06-2008

Fecha de Aceptación: 04-02-2009

RESUMEN

Se evaluaron los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y bienestar psicológico en el trabajo de 1275 profesionales sanitarios (619 Médicos, 430 ATS/DUE, y 208 Auxiliares) en el País Vasco. Los niveles generales del SQT y bienestar presentaron niveles medios. El 28.8% de la muestra estudiada presenta niveles altos de cansancio emocional, y solamente un 8% presenta niveles altos de bienestar psicológico. Los análisis correlacionales y de regresión mostraron que hay una serie de variables sociodemográficas y laborales como la sobrecarga, la falta de reconocimiento y desarrollo profesional, entre otras, que se relacionan significativamente con altos niveles del síndrome y bajos niveles de bienestar. El bienestar psicológico y la dureza emocional se relacionan con el SQT de forma inversa. Así mismo, el SQT predice significativamente una serie de consecuencias negativas a varios niveles: físico, psicológico, socio-familiar, y profesional. Por su parte, el bienestar psicológico y, especialmente, la dureza emocional amortiguan dichas consecuencias en diferentes proporciones. Se resalta la necesidad de que las organizaciones de salud pongan en marcha programas de intervención a nivel organizacional y personal. Error muestral 2.6%, nivel de confianza de 95%.

¹ Departamento de Psicología Social. Universidad del País Vasco.

² Roosevelt University Stress Institute

ABSTRACT

A sample of 1,275 health professionals in the Basque Country (Spain) were assessed –of whom 619 were doctors, 430 nurses, and 208 assistant nurses. Assessment of burnout levels and psychological well-being through a burnout questionnaire (SQT) yielded average levels of burnout and wellbeing –28.8 percent of the sample showed high levels of emotional exhaustion, and only 8 percent exhibited high levels of psychological well-being. Correlation and multiple regression analyses indicated that socio-demographic and work variables such as work overload, lack of recognition and lack of career development are significantly related to high levels of burnout and low well-being levels respectively. As expected, psychological well-being and hardiness were negatively related to burnout. Also, burnout significantly predicted negative consequences at various levels (physical, psychological, social, family, and professional) whereas psychological well-being and more specifically hardiness reduced negative consequences. The need of intervention programs at both organizational and personal level is emphasized. The sample error was 2.6 percent and the confidence level 95 percent.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), Bienestar Psicológico, Dureza Emocional, Consecuencias, Estudio “Ex postfacto”

KEY WORDS

Burnout syndrome, Psychological wellbeing, Hardiness, Consequences, Ex postfacto study.

INTRODUCCIÓN

El propósito fundamental de este estudio fue evaluar los niveles de desgaste profesional y bienestar psicológico en el trabajo en una muestra de profesionales sanitarios en diferentes hospitales, centros de salud, y clínicas públicas y privadas del País Vasco, así como sus consecuencias a nivel físico, psicológico, socio-familiar, y profesional. Adicionalmente, se estudiaron otra serie de variables mediadoras, tales como la dureza emocional y el afrontamiento.

Por lo que respecta al síndrome de desgaste profesional (*burnout*) se utilizan diferentes terminologías, entre las que destaca el término *Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)* propuesta por Gil-Monte (2003). La definición más aceptada de este síndrome entre los investigadores es su conceptualización como cansancio emocional (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Ortega y López, 2004).

Se han realizado gran cantidad de estudios para determinar la prevalencia del SQT y los factores sociodemográficos y laborales asociados a éste en el colectivo del personal sanitario en diversos centros de salud y hospitales de diversas Comunidades Autónomas en el Estado Español: Madrid, Barcelona, Asturias, Extremadura, etc. Muchos de los estudios concuerdan en que la prevalencia es alta (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001; Martínez de la Casa *et al.*, 2003; Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003). Sin embargo, también hay estudios en donde se encuentran unos niveles más moderados (Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002; Recio y Reig, 2003; Bernardo y Labrador, 2007).

En cuanto a las causas del SQT, los profesionales de la salud se enfrentan con-

tinuamente a estresores específicos que suponen una alta implicación emocional (ej. contacto continuo con el sufrimiento y la muerte de los enfermos), que se suman a los relacionados con la propia organización del trabajo (ej. sobrecarga de trabajo), y a factores personales. En referencia a estos últimos, las diferentes investigaciones realizadas han encontrado que los profesionales más propensos a padecer este síndrome son personas con un nivel bajo de dureza emocional, que presentan una baja sensación de control personal sobre las situaciones, y una alta ansiedad de rasgo, y que utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas. (Moreno, González y Garrosa, 2002; Luceño, Martín, Jaén y Díaz, 2006; Jenaro-Río, Flores-Robaina y González-Gil, 2007).

Se han enumerado una serie de consecuencias negativas fruto de este síndrome. Éstas se producen sobre la salud física, psicológica, laboral, y socio-familiar (García-Izquierdo, Sáez, y LLor, 2000; González *et al.*, 2003). En suma, el SQT constituye una reacción personal al estrés crónico en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. El síndrome se produce en las profesiones de servicios humanos pero no se limita a ellas.

Una aportación importante de nuestra investigación es la medida del bienestar psicológico de los trabajadores. El bienestar psicológico se conceptualiza como la efectividad en el funcionamiento psicosocial del individuo global e incluye estados emocionales positivos en una dimensión alta y baja (felicidad *vs.* tristeza o depresión). Algunas de las variables relacionadas con el bienestar psicológico son la satisfacción con la vida, incluido el trabajo, y la dureza emocional (Wright y

Cropanzano, 2000, Lambert, Lambert y Yamase, 2003). De esta forma, los individuos con puntuaciones altas en estas variables tienden a evaluar las situaciones contradictorias o estresantes de una forma positiva, creen que pueden controlarlas, y utilizan estrategias de afrontamiento activas, tales como la resolución de problemas y/o la reevaluación cognitiva (Losiak, 2002; Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003). Dichas personas presentan una menor vulnerabilidad al estrés.

Algunos investigadores (Wright y Cropanzano, 2000; Wright *et al.*, 2002) consideran que es el bienestar psicológico, junto con la dureza emocional (compromiso, reto y control en el trabajo), la variable que predice el rendimiento laboral, y no específicamente la satisfacción con el trabajo. Sin embargo, en este punto los resultados son contradictorios (Sobrequés *et al.*, 2003; Mañas, Salvador, Boada, González, y Agullo, 2007).

En esta investigación, evaluaremos el nivel de bienestar psicológico de los trabajadores sanitarios del País Vasco e identificaremos las relaciones con el SQT, la insatisfacción y la dureza emocional. Otra de las aportaciones de este estudio es el hecho de que analiza conjuntamente diferentes tipos de profesionales sanitarios (Médicos, ATS/DUE, y Auxiliares), ya que la mayoría de las investigaciones se han centrado exclusivamente en un tipo de profesionales.

La necesidad de estudiar tanto el SQT como el bienestar psicológico viene unida a los objetivos expresados por las organizaciones, entre los que se encuentra el de mejorar la calidad de vida laboral de sus empleados e incrementar la eficiencia. Tal y como señalan gran cantidad de estudios

de ámbito nacional e internacional (Wright y Cropanzano, 2000; Wright *et al.*, 2002; Mañas *et al.*, 2007), el aumento del bienestar personal de los empleados redundará en una mayor motivación y compromiso con la organización, una mayor satisfacción laboral y productividad, y en una disminución de los riesgos psicosociales y costes asociados a los niveles altos del SQT. Por el contrario, los trabajadores con niveles bajos de bienestar no tenderán a experimentar emociones positivas y su rendimiento en el trabajo será menor.

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes: a) conocer la prevalencia del SQT y el nivel de bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco; b) determinar la relación del síndrome con variables sociodemográficas y laborales, así como con el bienestar psicológico; c) evaluar el nivel de dureza emocional, las estrategias de afrontamiento utilizadas por este colectivo, y la influencia de estas variables en los niveles del SQT y bienestar psicológico; y d) determinar las consecuencias del SQT sobre una serie de variables personales, organizacionales y socio-familiares.

En concordancia con estos objetivos, nos planteamos las siguientes hipótesis: 1) existen variables sociodemográficas y laborales como la edad, la falta de desarrollo profesional y de reconocimiento, y la sobrecarga que inciden de forma significativa sobre los niveles del SQT y de bienestar psicológico. 2) los profesionales con bajos niveles de bienestar psicológico y de dureza emocional (compromiso, reto y control en el trabajo) experimentarán con mayor frecuencia el SQT. 3) los profesionales que utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas (centradas en la

resolución del problema, o búsqueda de apoyo) manifestarán mayor bienestar psicológico y menores niveles del SQT; así mismo, los profesionales con niveles bajos de bienestar y dureza emocional tenderán a utilizar con más frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas (negación o huida del problema, etc.) 4) El SQT predice una serie de consecuencias negativas a nivel personal (físico y psicológico), profesional (deseos de cambiar de profesión) y socio-familiar (relaciones interpersonales negativas), y el bienestar psicológico y la dureza emocional amortiguan dichas consecuencias.

MÉTODO

Participantes

1275 profesionales de la sanidad (619 Médicos, 430 ATS/DUE, 208 Auxiliares, y 18 sin determinar) de diferentes hospitales, clínicas y centros de salud públicos y privados en el País Vasco. La muestra estaba formada por 357 hombres, 903 mujeres, y 15 personas que no indicaron sexo. El 41.1% es mayor de 45 años y el 67% desarrolla su labor en centros públicos. Por provincias, la distribución fue la siguiente: Vizcaya (N=498), Guipúzcoa (N= 561) y Álava (N= 216).

Instrumentos

– Cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nº hijos ...) y laborales (años de experiencia, categoría laboral, nº de pacientes por día, ...) elaborado por los propios autores.

– Cuestionario de Desgaste Profesional para los Profesionales de la Enfermería

(CDPE -R - Moreno, Garrosa, y González, 2000). Se utilizó una versión reducida y adaptada que consta de 63 ítems. La consistencia interna de sus escalas en nuestra muestra resulta satisfactoria. La validez de constructo, evaluada inicialmente a través de la estructura factorial del instrumento replicó la estructura factorial en sus dimensiones originales. A continuación se describen el número de ítems, el índice de consistencia interna y el porcentaje de la varianza explicada (Ve) por los factores de cada una de las dimensiones: Desgaste Profesional (Cansancio Emocional, Despersonalización, y Falta de Realización personal - 12 ítems; Alfa Cronbach = 0.86, Ve = 62.48%), Consecuencias (Físicas, Psicológicas, Organizacionales, y Socio-Familiares -16 ítems; $\alpha = 0.92$, Ve = 64.50%), Dureza Emocional (Compromiso, Reto y Control relacionados con el trabajo - 12 ítems; $\alpha = 0.83$, Ve = 57.66%) y las Estrategias de Afrontamiento (Afrontamiento Directo, Búsqueda de Apoyo Social y Evitación - 9 ítems; $\alpha = 0.57$, Ve = 61.28%). Así mismo, este instrumento permite recoger información sobre determinadas variables de carácter laboral. Hemos denominado a esta dimensión Insatisfacción Laboral (Sobrecarga, Monotonía, e Insatisfacción- 14 ítems; $\alpha = 0.83$, Ve = 59.70%). El CDPE es un instrumento fiable, validado y altamente utilizado (Moreno, Garrosa y González, 2000; Garrosa, Moreno, Liang, y González, 2006).

– Smith Work/School Dispositions Inventory (SW/SDI). Evalúa el bienestar psicológico en forma de estados afectivos positivos experimentados de forma habitual en el trabajo (Smith, 2001). La versión Española se compone de 19 ítems y presenta una alta consistencia interna (α Cronbach = 0.90). Adicionalmente, se

realizaron diferentes análisis factoriales sobre este inventario. Los estados emocionales positivos asociados al bienestar psicológico presentan una estructura factorial compuesta por 3 factores que explican el 72.95% de la varianza: F1-Relajación/Energía/Felicidad (11 ítems); F2-Amor/Espiritualidad (6 ítems); y F3-Desconexión (2 ítems). La solución factorial obtenida constituye un elemento de apoyo a la validez de constructor del instrumento.

Procedimiento

La administración de los cuestionarios se realizó a través de los diferentes Colegios de Médicos y Enfermeras del País Vasco. Se contactó con los directores de los colegios, se les informó brevemente de los objetivos del estudio, y se pidió su colaboración en la administración y recogida de cuestionarios. Los cuestionarios se

presentaron en un cuadernillo, a fin de hacer más fácil y cómoda su distribución.

RESULTADOS

Los datos fueron analizados a través del programa SPSS 14.0 para Windows. En la Tabla 1 se presentan los niveles de prevalencia y los valores medios obtenidos en cada uno de los componentes del SQT y el bienestar psicológico. Si bien a nivel general la prevalencia del síndrome no es alta (el 4.1% de los profesionales presenta niveles altos y un 52.1% manifiesta niveles medios), se aprecia una considerable prevalencia de profesionales sanitarios con niveles altos de cansancio emocional (28.8%), especialmente en los médicos (32.8%). Algunos de los ítems que miden el cansancio emocional fueron: “*Me siento quemado/a con mi trabajo*”, “*Siento que el trabajo día a día en el centro me desgasta*”, etc. Este resultado está en con-

Tabla 1. Prevalencia y puntuaciones medias del SQT y el bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País

PROFESIONALES SANITARIOS DEL PAÍS VASCO										
	SQT		CE		DP		FR		BP	
	%	\bar{X}	%	\bar{X}	%	\bar{X}	%	\bar{X}	%	\bar{X}
MÉDICO	5.7%	2.15	32.8%	2.59	6.2%	1.92	6.1%	1.94	6.8%	2.20
ATS/DUE	2.3%	2.01	24.7%	2.42	2.8%	2.42	3%	1.76	10.1%	2.34
AUXILIAR	2.9%	2.10	25.5%	2.47	4.4%	2.47	5.3%	1.92	7.6%	2.29
TOTAL	4.1%	2.10	28.8%	2.51	4.7%	1.9	4.9%	1.88	8.0%	2.26

Nota: Prevalencia (%) = Porcentaje de puntuaciones altas (mínimo de 3 y un máximo de 4). Rango de puntuaciones medias (\bar{X}) de 1 a 4. SQT = Síndrome de quemarse por el trabajo; CE = Cansancio emocional; DP = Despersonalización; FR = Falta de realización personal; BP = Bienestar Psicológico.

sonancia con los obtenidos por otros estudios (Cebriá *et al.*, 2001; Martínez de la Casa *et al.*, 2003; Bernardo y Labrador, 2007). Por lo que se refiere a los niveles de bienestar, tan solo el 8% de la muestra estudiada presenta niveles altos.

Para verificar nuestra primera hipótesis, aplicamos las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Así, obtenemos que un buen número de variables sociodemográficas y laborales se relacionan significativamente con los niveles de SQT y bienestar psicológico en el trabajo: *sexo* (mayores niveles de SQT en varones); *edad* (los profesionales mayores de 45 años experimentan mayores niveles de SQT y menor nivel de bienestar psicológico), *número de años trabajados* (a mayor cantidad de años, mayores niveles de SQT y menor bienestar); *situación laboral* (los profesionales interinos son los que mayores niveles de SQT y menor bienestar presentan, y de forma significativa en comparación con los sustitutos); *número de pacientes atendidos* (a mayor cupo y mayor número de pacientes atendidos al día, mayores niveles de SQT y menor bienestar); *tiempo medio por paciente* (niveles más bajos de SQT en profesionales que dedican a cada paciente más de 10 minutos); *actividad docente-investigación* (los profesionales que ejercen actividades relacionadas con la docencia y/o investigación presentan menores niveles de SQT y mayor bienestar); *actividad principal* (los profesionales que ejercen su actividad principal en centros públicos presentan mayores niveles de SQT y menor nivel de bienestar en comparación con los que ejercen su actividad principal en centros privados); *centro de trabajo* (los profesionales en centros de trabajo rurales presentan mayores niveles de bienestar). Los niveles de pre-

valencia y las puntuaciones medias de las variables significativamente relacionadas con el SQT y el bienestar se presentan en la tabla 2.

Adicionalmente, la prueba U de Mann-Whitney muestra que hay una serie de variables relacionadas con condiciones laborales negativas que pueden ser productoras de la insatisfacción laboral y que inciden significativamente en los niveles de SQT y de bienestar psicológico, de forma que a mayor puntuación en estas variables, mayores niveles del síndrome y menor bienestar psicológico en el trabajo. Estas variables son: sobrecarga, monotonía, falta de desarrollo profesional, falta de reconocimiento profesional, supervisión deficiente, falta de participación, retribución insuficiente y falta de cohesión. Las puntuaciones medias obtenidas en estas variables de insatisfacción laboral y los niveles de prevalencia son considerablemente altas (Tabla 3).

Con el fin de determinar las variables predictoras del SQT y del bienestar realizamos un primer análisis de regresión multivariante mediante el método de pasos sucesivos (stepwise) de las variables de insatisfacción sobre el SQT. Como resultado observamos que cuatro de estas variables entran en la ecuación y predicen el SQT de forma significativa con un buen ajuste ($R = 0.660$; $\beta_0 = 0.444$, $p = 0.00$; *Monotonía*, $\beta_1 = 0.281$, $p = 0.00$; *Falta de reconocimiento*, $\beta_2 = 0.141$; $p = 0.00$; *Sobrecarga*, $\beta_3 = 0.193$, $p = 0.00$; *Falta de desarrollo profesional*, $\beta_4 = 0.045$, $p = 0.002$). Adicionalmente, y de forma particular, la sobrecarga asistencial o exceso de demanda predice, sobre todo, el cansancio emocional ($R = 0.538$, $\beta_0 = 0.952$; $\beta_1 = 0.552$, $p = 0.00$) con un ajuste moderado. La sobrecarga se relaciona sig-

Tabla 2. Variables sociodemográficas y laborales que presentan interacciones significativas con el SQT y/o el bienestar psicológico: nivel de prevalencia, puntuaciones medias y niveles de significación

	Categorías	%	Nivel de significación de los contrastes para la comparación de grupos	
			SQT	BIENESTAR
SEXO*	Hombre	28.0	0.026 2.14 (0.51)	ns 2.22 (0.52)
	Mujer	70.8	2.08 (0.49)	2.28 (0.52)
EDAD*	≤ 45	54.0	0.000 2.04 (0.47)	0.000 2.31 (0.53)
	> 45	41.1	2.16 (0.52)	2.20 (0.52)
AÑOS TRABAJADOS**	< 3 años	25.2	0.000 2.01 (0.45)	0.001 2.34 (0.51)
	3-5 años	13.2	2.07 (0.51)	2.30 (0.52)
	5-10 años	15.5	2.10 (0.49)	2.21 (0.55)
	> 10 años	44.2	2.15 (0.51)	2.22 (0.52)
SITUACIÓN LABORAL**	Fijo	58.6	0.019 2.11 (0.50)	0.000 2.23 (0.52)
	Interino	17.6	2.14 (0.50)	2.19 (0.51)
	Sustituto	21.3	2.03 (0.46)	2.36 (0.52)
NÚMERO DE PACIENTES CUPO**	< 1000	20.8	0.001 2.00 (0.45)	0.000 2.43 (0.55)
	1000-1500	7.5	2.11 (0.52)	2.31 (0.49)
	1500-2000	17.2	2.11 (0.51)	2.22 (0.49)
	> 2000	17.6	2.18 (0.48)	2.18 (0.55)
NÚMERO PACIENTES POR DÍA**	< 20	29.1	0.003 2.08 (0.47)	0.001 2.34 (0.50)
	20-30	28.9	2.07 (0.51)	2.26 (0.54)
	30-40	22.4	2.18 (0.47)	2.19 (0.53)
	> 40	9.6	2.12 (0.48)	2.21 (0.52)
TIEMPO MEDIO POR PACIENTE**	< de 3 minutos	1.6	0.006 2.14 (0.48)	ns 2.18 (0.37)
	3-5 minutos	9.8	2.17 (0.51)	2.26 (0.53)
	5-10 minutos	38.4	2.14 (0.48)	2.24 (0.52)
	> 10 minutos	33.3	2.04 (0.49)	2.30 (0.53)
ACTIVIDAD DOCENTE Y/O INVESTIGACIÓN*	Si	20.1	0.048 2.06 (0.49)	0.006 2.31 (0.51)
	No	74.7	2.11 (0.49)	2.23 (0.53)
ACTIVIDAD PRINCIPAL*	Centro Privado	20.5	0.003 2.02 (0.50)	0.009 2.33 (0.53)
	Centro Público	67.0	2.13 (0.49)	2.23 (0.53)
CENTRO DE TRABAJO**	Urbano	79.4	ns 2.09 (0.49)	0.003 2.26 (0.52)
	Suburbano	9.1	2.15 (0.50)	2.14 (0.48)
	Rural	6.5	2.10 (0.54)	2.40 (0.58)

Nota 1: Prevalencia (%) y puntuaciones medias (rango de 1 a 4).

Nota 2: Contraste de medias: *U de Mann-Whitney y **Kruskal-Wallis.

Tabla 3. Variables indicadoras de insatisfacción laboral que presentan interacciones significativas con el SQT y/o el bienestar psicológico: nivel de prevalencia, puntuaciones medias y niveles de significación

		%	\bar{X}	Nivel de significación de los contrastes para la comparación de grupos	
				SQT	BIENESTAR
FALTA DE PARTICIPACIÓN			3.13	0.000	0.000
	SI	79.9		2.14 (0.48)	2.22 (0.51)
	NO	20.1		1.91 (0.53)	2.44 (0.55)
FALTA DE DESARROLLO PROFESIONAL			2.86	0.000	0.000
	SI	65.7		2.21 (0.47)	2.17 (0.51)
	NO	34.4		1.89 (0.47)	2.45 (0.50)
RETRIBUCIÓN INSUFICIENTE			3.02	0.000	0.000
	SI	72.4		2.15 (0.48)	2.22 (0.52)
	NO	27.6		1.95 (0.49)	2.38 (0.52)
FALTA DE COHESIÓN			2.56	0.000	0.000
	SI	49.0		2.29 (0.48)	2.11 (0.49)
	NO	51.0		1.89 (0.43)	2.43 (0.50)
FALTA DE RECONOCIMIENTO			2.58	0.000	0.000
	SI	51.3		2.29 (0.48)	2.43 (0.50)
	NO	48.7		1.89 (0.43)	2.11 (0.49)
SUPERVISIÓN DEFICIENTE			3.12	0.000	0.000
	SI	78.3		2.16 (0.49)	2.49 (0.52)
	NO	21.7		1.89 (0.47)	2.20 (0.51)
SOBRECARGA			2.82	0.000	0.000
	SI	33.5		2.31 (0.46)	2.09 (0.52)
	NO	66.5		1.99 (0.48)	2.35 (0.50)
MONOTONÍA			2.19	0.000	0.000
	SI	7.4		2.58 (0.47)	1.99 (0.53)
	NO	92.6		2.06 (0.48)	2.28 (0.52)

Nota 1: Prevalencia (%) y puntuaciones medias (rango de 1 a 4).

Nota 2: Contraste de medias: U de Mann-Whitney.

nificativamente con el número de pacientes en cupo (la mayor sobrecarga la presentan los profesionales con entre 1500-2000 pacientes), número de pacientes atendidos al día (más de 40) y número de horas a la semana dedicadas a tareas burocráticas. Por su parte, la monotonía en el

trabajo se asocia significativamente con el número de pacientes atendidos por día. De este modo, los profesionales que tienen un mayor número de pacientes en cupo y los que atienden a un mayor número de pacientes por día presentan mayores niveles de SQT y menor bienestar.

Así mismo, el análisis de regresión multivariante mediante el método de pasos sucesivos muestra que las variables de insatisfacción predicen el bienestar en el trabajo de forma inversa con un ajuste moderado, por lo que a mayores niveles de insatisfacción menor bienestar ($R=0.463$; $\beta_0=3.515$, $p=0.00$; *Falta de reconocimiento*, $\beta_1= -0.136$, $p=0.00$; *Monotonía*, $\beta_2= -0.130$, $p=0.00$; *Sobrecarga*, $\beta_3= -0.103$, $p=0.00$; *Supervisión deficiente*, $\beta_4= -0.060$, $p=0.002$; *Falta de desarrollo profesional*, $\beta_5= -0.049$, $p=0.012$). De este modo, podemos dar por confirmada la primera de nuestras hipótesis.

Para verificar nuestra segunda y tercera hipótesis, realizamos análisis correlacionales y de regresión entre el SQT y el bienestar psicológico, así como con la dureza emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos profesionales. En cuanto al bienestar, éste correlaciona negativamente con el SQT (-0.47 , $p=0.00$) y, particularmente, con el cansancio emocional (-0.50 , $p=0.00$) (Tabla 4).

Los niveles de dureza emocional en el trabajo de la muestra estudiada son moderadamente altos (Tabla 5). Algunos de los ítems relacionados con la dureza emocional fueron: “*Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos*” (compromiso), “*En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos*” (reto), “*No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, de cualquier forma, el resultado es el mismo*” (control). La dureza emocional aparece asociada de forma negativa al SQT ($r = -0.55$, $p=0.00$), y de forma positiva y significativa al bienestar en el trabajo

($r = 0.44$, $p=0.00$). Los análisis de regresión múltiple realizados muestran que el bienestar psicológico y la dureza emocional (compromiso, reto y control en el trabajo) predicen el SQT de forma inversa con un buen ajuste ($R=0.606$; $\beta_0=4.226$, $p=0.00$; *Dureza emocional*, $\beta_1=-0.524$, $p=0.00$; *Bienestar psicológico*, $\beta_2= -0.263$, $p=0.00$), constituyéndose ambas como factores protectores o moderadores del síndrome.

Como puede apreciarse, la dureza emocional muestra mayor poder predictivo del SQT que el bienestar. Sin embargo, el bienestar psicológico predice más fuertemente el cansancio emocional que la dureza ($R=0.530$; $\beta_0=4.662$, $p=0.00$; *bienestar psicológico*, $\beta_1=-0.534$, $p=0.00$; *dureza emocional*, $\beta_2=-0.323$, $p=0.00$). Confirmamos así nuestra segunda hipótesis, de modo que los profesionales con niveles bajos de bienestar psicológico y de dureza emocional experimentan con mayor frecuencia el SQT. Adicionalmente, comprobamos que la dureza emocional predice el bienestar psicológico en el trabajo con un ajuste moderado ($R=0.444$; $\beta_0= 0.577$, $p=0.00$; $\beta_1= 0.574$, $p=0.00$).

Respecto a las estrategias de afrontamiento, las más utilizadas fueron el afrontamiento directo de los problemas y la búsqueda de apoyo social (véase tabla 5), siendo la utilización del apoyo social significativamente mayor en las mujeres ($p=0.00$) y en el colectivo de ATS/DUE frente al de médicos ($p=0.00$). Sin embargo, se encontraron muy pocas relaciones significativas entre los niveles de SQT y bienestar con el tipo de estrategias utilizadas, y las correlaciones obtenidas son muy bajas (véase tabla 4). Por lo que no podemos concluir que los profesionales sanitarios con altos niveles de SQT y bajos

Tabla 4. Análisis correlacional entre las principales variables

	SQT	Cansancio emocional	Falta de realización	Despersonalización	BIENESTAR	DUREZA	INSATIS - FACCION
SQT	1,00	0,82	0,86	0,75	-0,47	-0,55	0,53
Cansancio emocional	0,82	1,00	0,58	0,36	-0,50	-0,38	0,58
Falta de realización	0,86	0,58	1,00	0,51	-0,37	-0,54	0,43
Despersonalización	0,75	0,36	0,51	1,00	-0,24	-0,44	0,26
BIENESTAR	-0,47	-0,50	-0,37	-0,24	1,00	0,44	-0,42
DUREZA	-0,55	-0,38	-0,54	-0,44	0,44	1,00	-0,34
AFRONTAMIENTO DIRECTO	-0,07	-0,02*	-0,10	-0,08	0,16	0,32	0,04*
APOYO	-0,18	-0,09	-0,19	-0,17	0,17	0,28	-0,09
EVITACIÓN	0,14	0,01*	0,13	0,21	0,05*	-0,05*	-0,04*
CONSECUENCIAS PROFESIONALES	0,51	0,47	0,45	0,32	-0,35	-0,41	0,41
CONSECUENCIAS FAMILIARES	0,47	0,49	0,37	0,28	-0,35	-0,27	0,38
CONSECUENCIAS FÍSICAS	0,53	0,56	0,43	0,26	-0,41	-0,28	0,42
CONSECUENCIAS PSÍQUICAS	0,61	0,58	0,53	0,34	-0,44	-0,39	0,43
INSATISFACCIÓN	0,53	0,58	0,43	0,26	-0,42	-0,34	1,00
Falta de Participación	0,27	0,33	0,22	0,07	-0,18	-0,23	0,75
Falta de desarrollo profesional	0,35	0,38	0,30	0,15	-0,31	-0,29	0,77
Retribución insuficiente	0,21	0,27	0,12	0,10	-0,18	-0,07	0,59
Falla de cohesión	0,30	0,30	0,26	0,15	-0,25	-0,23	0,66
Falta de reconocimiento	0,46	0,45	0,43	0,21	-0,37	-0,33	0,73
Supervisión deficiente	0,28	0,34	0,23	0,11	-0,27	-0,16	0,74
Sobrecarga	0,41	0,54	0,24	0,19	-0,26	-0,11	0,34
Monotonía	0,57	0,42	0,43	0,40	-0,30	-0,38	0,29

Nota: Todas las correlaciones son significativas, nivel ($p=0.00$), excepto las marcadas con asterisco ($p> 0.05$).

Tabla 5. Prevalencia y puntuaciones medias de la dureza emocional y de las estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra de profesionales sanitarios estudiada

	DUREZA EMOCIONAL		ESTRATEGIAS AFRONTAMIENTO					
	%	\bar{X}	Afrontamiento Directo		Apoyo		Evitación	
			%	\bar{X}	%	\bar{X}	%	\bar{X}
MÉDICO	32.7	2.90	20.1	2.88	20.1	2.92	1.8	2.24
ATS/DUE	42.3	2.99	17	2.89	29.5	3.08	1.9	2.23
AUXILIAR	35.1	2.92	25	2.90	27.9	3.01	3.4	2.32
TOTAL	36.4	2.93	19.8	2.89	24.6	3.00	2.1	2.25

Nota: prevalencia (%) = Porcentaje de puntuaciones altas (rango de 3 a 4). Rango de puntuaciones medias de 1-4

niveles de bienestar utilicen con más frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas (negación o huida del problema). Rechazamos la tercera hipótesis planteada.

En referencia a nuestra última hipótesis, los resultados obtenidos nos permiten confirmar que el SQT predice una serie de consecuencias negativas a varios niveles: físico, psicológico, socio-familiar, y profesional. Paralelamente, el bienestar psicológico y la dureza emocional, disminuyen las consecuencias negativas del SQT (Tabla 6). Un análisis más pormenorizado de los resultados revela que la dureza emocional modera más las consecuencias profesionales del SQT que el bienestar; sin embargo, con respecto al resto de consecuencias: físicas, psíquicas y familiares, la variable bienestar psicológico tiene un mayor peso amortiguador.

Adicionalmente, y con el propósito de comparar el valor predictivo de la dureza emocional y el bienestar en el trabajo con respecto al de las variables relacionadas con la insatisfacción en relación a las con-

secuencias profesionales del SQT, realizamos un último análisis de regresión multivariante mediante el método de pasos sucesivos introduciendo como variables independientes el SQT, las variables de insatisfacción, la dureza y el bienestar, y las consecuencias profesionales como variable dependiente. Como resultado, comprobamos que la dureza emocional y el bienestar psicológico en el trabajo aminoran las consecuencias profesionales negativas del SQT y las de las variables relacionadas con la insatisfacción laboral ($R=0.555$; $\beta_0=1.591$, $p=0.00$; SQT , $\beta_1=0.488$, $p=0.00$; $Insatisfacción$, $\beta_2=0.256$, $p=0.00$; $Dureza emocional$, $\beta_3=-0.305$, $p=0.00$; $Bienestar psicológico$, $\beta_4=-0.116$, $p=0.008$). Los resultados obtenidos indican que las variables predictoras más fuertes de las consecuencias profesionales negativas fueron el SQT y la dureza emocional. Es decir, que el grado de compromiso, reto y control que el empleado posea sobre su trabajo tiene mayor fuerza predictiva que las variables laborales de insatisfacción, y modera sus consecuencias profesionales negativas. Dichas consecuencias profesionales se expresan

Tabla 6. Resultados de los análisis de regresión múltiple sobre las consecuencias profesionales, familiares, físicas y psíquicas tomando como variables predictoras el SQT, el bienestar psicológico y la dureza emocional

	\bar{X}	VARIABLES PREDICTORAS							
		CTE				BIENESTAR			
		Beta0 (sig)	Beta1 (sig)	Beta2 (sig)	Beta3 (sig)	R	R ² ajustada	F	Sig
CONSECUENCIAS PROFESIONALES	2.17	2.197 (0.00)	0.603 (0.00)	-0.309 (0.00)	-0.170 (0.00)	0.538	0.288	167.709	0.00
CONSECUENCIAS FAMILIARES	2.27	1.508 (0.00)	0.540 (0.00)	0.047 (0.35)	-0.228 (0.00)	0.495	0.243	133.082	0.00
CONSECUENCIAS FÍSICAS	2.24	1.222 (0.00)	0.619 (0.00)	0.122 (0.11)	-0.282 (0.00)	0.560	0.312	187.836	0.00
CONSECUENCIAS PSÍQUICAS	2.11	1.385 (0.00)	0.670 (0.00)	-0.037 (0.41)	-0.255 (0.00)	0.630	0.398	270.481	0.00

Nota: Rango de puntuaciones medias de 1 a 4.

sobre todo en el pensamiento o deseo de cambiar de profesión y en la desmotivación.

Finalmente, se pidió a los trabajadores sanitarios de la muestra estudiada que aportasen una serie de sugerencias a fin de mitigar el estrés en el puesto de trabajo. Entre las sugerencias aportadas destacan la necesidad de un mayor equilibrio entre tiempo y tareas (27% de la muestra), necesidad de reconocimiento y promoción (13%), mayor formación (12%), y mejor salario (12%).

DISCUSIÓN

Si bien la prevalencia del SQT en la muestra estudiada de profesionales sanitarios no es alta, el porcentaje de profesionales que manifiestan cansancio emocional alcanza niveles considerables, especialmente en el colectivo de médicos. Dicho colectivo se presenta especialmente vulnerable a padecer este trastorno. En

línea con lo anterior, la muestra estudiada manifiesta unos niveles medios de bienestar psicológico con un porcentaje escaso de profesionales que experimenta niveles altos.

Obtenemos interacciones significativas del SQT y el bienestar psicológico con variables sociodemográficas y laborales. Así, por ejemplo, el número de pacientes en cupo y pacientes atendidos al día, y las horas a la semana dedicadas a tareas burocráticas se relacionan significativamente con las variables de sobrecarga y monotonía, y con altos niveles de SQT y bajo bienestar psicológico. Específicamente, la sobrecarga resulta ser una variable laboral importante que predice altos niveles de cansancio emocional y bajo bienestar psicológico. Por una parte, resulta evidente que estos profesionales presentan niveles excesivos de carga laboral en cuanto al número de pacientes que han de atender y una gran presión asistencial debido al escaso tiempo dedicado a cada paciente y, por otra parte,

realizan gran cantidad de tareas burocráticas (rellenar impresos, volantes, hacer informes, etc.). Este dato se relaciona con una de las propuestas fundamentales para mitigar o prevenir el SQT y mejorar el grado de bienestar en el puesto de trabajo aportada por alrededor del 30% de este colectivo, consistente en equilibrar el tiempo y las tareas. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos en otras investigaciones (Caballero *et al.*, 2000; Prieto *et al.*, 2002; Molina *et al.*, 2003; Sobrequés, *et al.*, 2003; Jenaro-Río *et al.*, 2007).

Adicionalmente, hay otra serie de variables que predicen altos niveles de SQT y bajo bienestar psicológico, como la falta de expectativas de desarrollo profesional y de reconocimiento, y la supervisión deficiente, entre otras, que evidencian las relaciones significativas existentes entre insatisfacción laboral, SQT, y bienestar. Así, por ejemplo, los profesionales que no realizan actividades relacionadas con la docencia y/o investigación presentan niveles significativamente más bajos de bienestar y mayor SQT. En el mismo sentido, los profesionales que no ejercen actividades de supervisión o coordinación presentan niveles más altos de falta de realización en el trabajo. Estos datos se encuentran en línea con los resultados obtenidos y con las sugerencias aportadas por el propio colectivo participante en el estudio para mitigar el estrés y mejorar el grado de bienestar en el trabajo: una mayor formación y posibilidades de promoción profesional, mayor reconocimiento, mejorar el trabajo en equipo y una mayor coordinación de los grupos profesionales, entre otras. Así, el SQT viene asociado a factores que podrían ser fácilmente modificables por medio de intervenciones organizacionales orientadas a la

mejora de la calidad de vida de los profesionales sanitarios.

En segundo lugar, bajos niveles de bienestar psicológico en el trabajo predicen altas puntuaciones en cansancio emocional y, en general, en el SQT. Por ello, consideramos que las intervenciones encaminadas a aumentar el nivel de bienestar serían altamente efectivas en la prevención y tratamiento del síndrome. En la misma línea, la dureza emocional aparece asociada de forma negativa al SQT, y de forma positiva y significativa al bienestar, constituyéndose ambas variables como factores protectores del síndrome. En este sentido, el hecho de que la dureza emocional prediga el bienestar psicológico en el trabajo es un dato importante y apoya nuestra creencia de que ésta puede influir positivamente en el rendimiento de los trabajadores, incluso en ausencia de unas condiciones laborales satisfactorias.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, y en contraposición con los resultados obtenidos por otros investigadores (Manzano y Ramos, 2001; Ortega y López, 2004), no podemos concluir que los profesionales sanitarios aquejados del síndrome utilicen más frecuentemente el escape o la evitación. En general el colectivo estudiado utiliza formas de afrontamiento adaptativas, como el afrontamiento directo de los problemas y la búsqueda de apoyo social. Este resultado está en consonancia con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Maslach, 2001; Hernández, Olmedo y Ibáñez, 2004; Jenaro-Río, *et al.*, 2007), en donde se encuentran escasas relaciones entre el SQT y el afrontamiento.

Por último, el SQT produce una serie de consecuencias negativas a nivel profesional

(ej., *pensamientos de abandono de la profesión*), socio-familiar (ej., *mi trabajo me impone una vida social restringida*), físico (ej., *el trabajo está afectando negativamente mi salud*) y psicológico (ej., *me noto constantemente a punto de explotar*). Estos resultados están en línea con los hallazgos de otros autores (González *et al.*, 2003; Ortega y López, 2004; Mañas *et al.*, 2007). Todas estas consecuencias, a su vez, afectan negativamente al rendimiento laboral.

Por su parte, la dureza emocional y el bienestar psicológico amortiguan las consecuencias del SQT y de la insatisfacción, contrarrestando sus negativos efectos. Así, los individuos que puntúan alto en dureza emocional en el trabajo, es decir, manifiestan un sentido del compromiso en su trabajo, creen mantener el control sobre él, y responden a los problemas como retos, y, además, sienten bienestar en su trabajo, experimentarán menores consecuencias negativas ante el SQT que las personas que puntúan bajo en estas variables, aún cuando se encuentren emocionalmente cansados y sometidos a condiciones laborales insatisfactorias. En consecuencia, consideramos que la satisfacción laboral es una variable importante pero no suficiente para predecir un buen rendimiento. De hecho, para mejorar el rendimiento resulta necesario incrementar el compromiso laboral del trabajador, el cual podrá potenciarse a medida que los índices de cansancio emocional/SQT disminuyan y los niveles de bienestar psicológico y dureza emocional vayan aumentando. El incremento del compromiso con el trabajo redundará en unas repercusiones positivas para la organización, tales como el aumento de la eficiencia y de la calidad, entre otras.

En cuanto a las implicaciones de los resultados obtenidos se desprende de la

necesidad de desarrollar intervenciones en política sanitaria a corto plazo para paliar y prevenir las consecuencias negativas del síndrome y, al mismo tiempo, facilitar unos niveles mayores de compromiso y bienestar psicológico en el trabajo. Más concretamente, se requiere una intervención organizacional urgente por parte de las entidades responsables, especialmente en la sanidad pública, a fin de impedir el desarrollo de trastornos psicológicos y de salud física relacionados con el SQT y problemas organizacionales en forma de absentismo o deterioro del rendimiento. La intervención ha de abordar la disminución de la sobrecarga de trabajo y de la monotonía (reducir los cupos, disminuir la burocracia), impulsando el reconocimiento personal por el trabajo realizado, el desarrollo de la carrera profesional, el enriquecimiento de los puestos (ofrecer oportunidades de desarrollar actividades de coordinación o supervisión, y docencia o investigación), y la participación en la toma de decisiones, así como la mejora de la gestión y el liderazgo por parte de la administración (mejorar la supervisión, coordinación y comunicación).

En línea con lo anterior, y a fin de potenciar la efectividad de las intervenciones organizacionales, se recomienda la puesta en marcha de acciones preventivas a nivel personal (individual y/o grupal), entre las que se encuentran la formación en técnicas de autocontrol (relajación) para aliviar a este colectivo sanitario de las experiencias emocionales negativas derivadas de su trabajo, y aumentar los niveles de bienestar psicológico y la dureza emocional en aquellos profesionales que lo necesiten. Hay que tener en cuenta que la experiencia de emociones positivas constituye un predictor importante de los

esfuerzos de afrontamiento, la salud y la calidad de vida (Amutio, 2004; Lozano, Montalbán y Durán, 2002; Smith, 2001). Así mismo, la dureza emocional puede ser una herramienta de afrontamiento efectiva que puede ser desarrollada como parte de un programa de intervención en el manejo del estrés laboral (Maddi, Kahn y Maddi, 1998; Lambert, Lambert y Yamase, 2003; Garrosa *et al.*, 2006).

Las medidas de gestión encaminadas a mejorar la calidad asistencial pueden verse frenadas en sus resultados por no tener en cuenta el SQT y las principales variables implicadas en su desarrollo y mantenimiento. Las organizaciones han de ser conscientes que los costes de estos programas constituyen una inversión de futuro, a fin de ganar en eficacia y competitividad. Consideramos que los resultados obtenidos son realmente importantes dada la práctica inexistencia de estudios que evalúen conjuntamente el SQT, el bienestar y la dureza emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amutio, A (2004). Afrontamiento del estrés en las organizaciones: un programa de manejo a nivel individual/grupal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones*, 20, 77-93.
- Bernaldo, M. y Labrador, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y *burnout* en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 323-335.
- Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. (2001). Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Atención Primaria* 27, 313-7.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O. García, M. (2001). Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27, 459-468.
- Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., y Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorists attacks on the United States on september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- García-Izquierdo, M., Sáez, C. y LLor, B. (2000). Burnout y satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 215-228.
- Garrosa, E., Moreno, B., Liang, Y. y González, J.L. (2006). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardly personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*.
- Gil-Monte, P.R. (2003). *Burnout syndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19,181-197.
- González, J.L., Moreno, R., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonso, L., Del Barco, P. y Ardoy, J. (2003). Burnout en terapia ocupacional: un análisis focalizado sobre el nivel de consecuencias individuales y organizacionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 59-73.
- Hernández, G.L., Olmedo, E. y Ibáñez,

I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.

Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N y González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 107-121.

Lambert, V.E., Lambert, C.E. y Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences*, 5, 181-189.

Losiak, W. (2002). Trait anxiety and coping in anxiety relevant situation. *Ansiedad y Estrés*, 8, 1-12.

Lozano, A., Montalban, F.M. y Durán, M.A. (2002). Estrés general y salud mental ocupacional: diferencias entre urgencias y gestoría de usuarios de un hospital público. *Capital Humano*, 151, 58-64.

Luceño, L., Martín, J., Jaén, M. y Díaz, E (2006). Psycho-social risks and trait anxiety as predictors of stress and job satisfaction, *Ansiedad y Estrés*, 12, 89-97.

Maddi, S., Kahn, S. y Maddi, K. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 50, 78-86.

Manzano, G. y Ramos, F. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarías. *Interpsiquis*. 2º Congreso virtual de psiquiatría.

Mañas, M.A., Salvador, C., Boada, J., González, E., y Agullo, E. (2007). La

Alberto Amutio, Sabino Ayestaran, Jonathan C. Smith

satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 129, 395-400.

Martínez de la Casa, A., Del castillo, C., Magaña, E., Bru, I., Franco, A. y segura, A. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención primaria*, 32, 343-48.

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, 607-611.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 59, 379-422.

Molina, A., García, M.A., Alonso, M y Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31, 564-574.

Moreno, B., Garrosa, E., y González, J.L. (2000). El desgaste profesional de enfermería: desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.

Moreno, B., González, J.L. y Garrosa, E. (2002). Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de enfermería*, 25, 19-26.

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.

Prieto, L., Robles, E., Salazar, L.M. y Daniel, E (2002). Burnout en médicos de

atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29, 294-302.

Recio, J. y Reig, A. (2003). Coordinadores de Centros de Salud y burnout: ¿Es patológica la labor directiva? *Semergen*, 29, 459-467.

Smith, J.C. (2001). *Advances in AC Relaxation: Applications and inventories*. New York: Springer.

Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J Rodríguez, C., García, M y Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste

profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 227-33.

Wright, T. y Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 84-94.

Wright, T.A., Cropanzano, R., Denney, P.J, y Moline, G.L.(2002). When a happy worker is a productive worker: a preliminary examination of three models. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 34, 146-150.