



Artículo

Burnout en terapia ocupacional: un análisis focalizado sobre el nivel de consecuencias individuales y organizacionales

Burnout in occupational therapy: An analysis centered on individual and organizational consequences

J. L. GONZÁLEZ GUTIÉRREZ¹
R. MORENO RODRÍGUEZ²
C. PEÑACOBÁ PUENTE³
N. ALCOCER COSTA⁴
L. ALONSO RECIO⁵
P. DEL BARCO CERRO⁶
J. ARDOY CUADROS⁷

RESUMEN

De acuerdo con los modelos teóricos que llaman la atención sobre la consideración del burnout como un proceso transaccional entre la persona y el medio laboral (Cherniss, 1980; Moreno-Jiménez, González-Gutiérrez y Garrosa, 2001), el presente trabajo examina las dimensiones de desgaste profesional que, junto con los factores antecedentes organizacionales y profesionales del síndrome específicas de la profesión de Terapia Ocupacional, se encuentran asociadas a los diferentes niveles de consecuencias planteadas en la literatura sobre el síndrome. Para ello se empleó una muestra de 110 terapeutas ocupacionales que desempeñan su actividad clínica en la Comunidad Autónoma de Madrid. A través del desarrollo de un análisis de regresión jerárquica se ha observado la existencia de asociaciones altamente significativas entre el síndrome y la presencia de consecuencias adversas para la salud del individuo, así como para su área interpersonal y para la propia organización en la

¹ Profesor Asociado. Unidad de Docencia e Investigación en Psicología.

² Profesor Asociado. Unidad de Docencia e Investigación en Psicología.

³ Profesora Titular. Unidad de Docencia e Investigación en Psicología.

⁴ Investigadora de la Unidad de Docencia e Investigación en Psicología.

⁵ Investigadora de la Unidad de Docencia e Investigación en Psicología.

⁶ Investigadora de la Unidad de Docencia e Investigación en Psicología.

⁷ Profesor Asociado. Unidad de Docencia e Investigación en Psicología..

Facultad de ciencias de la Salud. Universidad rey Juan Carlos

que desarrolla su actividad laboral, siendo el agotamiento emocional la dimensión más asociada a las mismas. Junto a ello, se ha identificado la relevancia explicativa de los problemas extralaborales que afectan al área laboral, así como de otros factores que podrían actuar a través de la generación de desgaste, como son la sobrecarga de trabajo, las características de la tarea, la falta de apoyo y reconocimiento por parte del equipo, y el miedo a la malpráctica.

ABSTRACT

Following transactional models of burnout (Cherniss, 1980; Moreno, González y Garrosa, 2001), this paper examines the dimensions of occupational therapy burnout, together with organizational and job sources of the syndrome, to be associated with different consequences as stated in the literature. A sample of 110 occupational therapists serving in the Madrid Autonomous Community were administered a written survey. By means of a multiple hierarchical regression analysis, the existence of highly significant associations were revealed between the syndrome and adverse consequences for the individual's health, his interpersonal sphere and the organization. Emotional exhaustion was the most relevant burnout dimension that showed up. In addition to that, the explanatory relevance of extra-occupational problems not related to work was identified, together with a number of factors that could contribute through burnout generation, such as work overload, task characteristics, lack of support and recognition from the staff, and fear of malpractice.

PALABRAS CLAVE

Burnout. Terapia ocupacional. Estresores. Consecuencias organizacionales e individuales.

KEY WORDS

Burnout. Occupational therapy. Sources of stress. Organizational and individual consequences.

INTRODUCCIÓN

Las primeras referencias al burnout o síndrome de desgaste profesional aparecen en la década de los 70, momento en el que empieza a concebirse como un problema característico de las profesiones con una mayor carga asistencial (Freudenberger, 1974). Sin embargo, el desa-

rollo de una definición operativa de amplia aceptación no se produce hasta 1981, año en el que Maslach y Jackson desarrollan el MBI y lo definen como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico que contempla tres dimensiones características: agotamiento emocional, despersonalización y (falta de) realización personal.

A pesar de la evolución teórica del concepto, actualmente no existe una definición unánimemente aceptada del desgaste profesional. Sin embargo, cada vez resulta más habitual su conceptualización como un proceso que se desarrolla en el tiempo (Burke y Richardsen, 1996), abordándolo como un mecanismo de afrontamiento al estrés laboral que implica varias fases en su desarrollo (Rodríguez Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997).

A esta visión del síndrome se ha sumado su conceptualización como un proceso transaccional entre las características del entorno laboral y las de orden personal (Cherniss, 1980; Moreno-Jiménez, González-Gutiérrez y Garrosa, 2001) que puede dar lugar a medio y a largo plazo a un amplio abanico de consecuencias negativas. Estas consecuencias se pueden producir a nivel individual, con repercusiones físicas (fatiga crónica, cefaleas, dolores musculares, insomnio, hipertensión, etc.) o cognitivo-emocionales (sentimientos de indefensión, de fracaso, ansiedad, dificultades para concentrarse y para tomar decisiones); a un nivel organizacional (absentismo, aumento de las rotaciones, deterioro de la calidad del servicio, etc.); y a un nivel sociofamiliar (deterioro de las relaciones interpersonales, aumento de los problemas familiares).

La relevancia de las consecuencias señaladas se hace especialmente importante dentro del ámbito sanitario, debido a las repercusiones que pueden tener sobre la calidad de la atención al paciente (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999). Junto a ello, este campo de actuación se ha señalado además como un área de especial riesgo para la aparición del síndrome debido fundamentalmente a las demandas emocionales asociadas al contacto con los pacientes

(Maslach y Jackson, 1982; Deckard, Meterko y Field, 1994).

A pesar de la creciente atención que se ha prestado a las distintas profesiones que integran el espectro de las Ciencias de la Salud, el desgaste profesional en Terapia Ocupacional ha sido un tema aparentemente poco tratado a nivel empírico y bibliográfico.

El terapeuta ocupacional es el profesional sociosanitario que, a través del uso de la ocupación propositiva y científicamente dirigida, pretende encaminar la participación humana hacia la consecución del máximo nivel de salud, bienestar e independencia del individuo. Las condiciones de trabajo a las que ha de enfrentarse son variadas, y en ocasiones inadecuadas, tal vez debido a la escasa trayectoria histórica de esta profesión, lo cual puede justificar que sus funciones no sean del todo conocidas y, por tanto, malinterpretadas sus actuaciones. En este contexto, el desarrollo del trabajo del terapeuta ocupacional resulta especialmente estresante, ya que no sólo ha de hacer frente a las fuentes de estrés características del resto de las profesiones de la salud (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) sino que, además, debe desarrollar su labor en un entorno poco habituado a su labor clínica.

Los primeros estudios sobre burnout y Terapia Ocupacional son publicados poco tiempo después de la aparición del MBI y de la definición operativa del síndrome desarrollada por Maslach y Jackson (por ejemplo, Sturgess y Poulsen, 1983; Florian, Sheffer y Sachs, 1985). Ya en estos primeros trabajos se pone de manifiesto el interés por identificar los factores antecedentes específicos del síndrome de *burnout* en las distintas unidades y especialidades

de Terapia Ocupacional, tratando de contrastar estos resultados para determinar las áreas más susceptibles de padecer este síndrome.

En general, las fuentes de estrés del terapeuta ocupacional pueden agruparse en torno a dos grandes bloques que coinciden con los resultados encontrados en otras profesiones como es el caso de la enfermería (Graham, 1987; Moreno-Jiménez, González-Gutiérrez y Garrosa, 2001; Moreno-Jiménez, Garrosa y González-Gutiérrez, 2002), si bien es cierto que se encuentran diferencias específicas para la Terapia Ocupacional:

1. Relación y contacto directo con los pacientes (Sweeney, Nichols y Kline, 1993; Brolier, Bender, Cyranowski y Velletri, 1987). Dentro de este grupo se ha llamado la atención sobre las características específicas de los problemas de salud de los pacientes, como por ejemplo la cronicidad de los mismos. En esta misma línea, parece especialmente relevante el trabajo con determinado tipo de pacientes, sobre todo los enfermos terminales, los enfermos psiquiátricos o los infectados por VIH (Hooley, 1997; Brown y Pranger, 1992; Piemme y Bolle, 1990). De la misma forma, se ha destacado la falta de motivación por parte del paciente, la exposición a determinados riesgos y el miedo a cometer errores durante el tratamiento, así como la falta de agradecimiento y retroalimentación por parte de las personas a las que se atiende (Sweeney, Nichols y Kline, 1993).

2. Relación con el entorno organizacional como un sistema laboral y personal. Dentro de este grupo se han señalado como fuentes de desgaste la presión temporal, la sobrecarga de trabajo, el trabajo

con grupos excesivamente amplios de pacientes (Short, 1984; Brown y Pranger, 1992; Freda, 1992), la gestión inadecuada del tiempo en relación a las distintas tareas a las que se debe hacer frente (Florian, Sheffer y Sachs, 1985), la existencia de un excesivo número de tareas administrativas que convierten en insuficiente el tiempo dedicado al tratamiento del paciente (Freda, 1992; Bailey, 1990), la falta de recursos (Sweeney, Nichols y Kline, 1993), la presencia de una remuneración salarial considerada como insuficiente (Painter, 1998; Bailey, 1990; Brown y Pranger, 1992), la ambigüedad de rol (Sweeney, Nichols y Kline, 1993), la falta de consideración profesional por parte de los compañeros de trabajo y de la sociedad en general (Sweeney, Nichols y Kline, 1993), el desempeño de cargos de supervisión (Butler, 1972; Brown y Pranger, 1992; Eklund y Hallberg, 2000; Bassett y Lloyd, 2001), la falta de apoyo y retroalimentación por parte del supervisor y de los compañeros de trabajo (Sweeney, Nichols y Kline, 1993), o la escasez de recompensas y reconocimientos (Painter y Akroyd, 1998). Finalmente, se ha señalado como una fuente importante de desgaste los cambios actuales en los cuidados de salud (Short, 1984; Painter y Akroyd, 1998).

Por otro lado, el estudio de las consecuencias derivadas del síndrome de burnout en terapeutas ocupacionales no ha recibido la misma atención que el de los factores estresantes. En general, se han apuntado las mismas consecuencias individuales, organizacionales e interpersonales que para otras profesiones sanitarias.

A pesar de haberse señalado la existencia de un claro perfil de riesgo para los profesionales de la Terapia Ocupacional como consecuencia de la exposición a un

alto número de factores laborales y organizaciones específicos (Sweeney y Nichols, 1996; Bird, 2001), el síndrome de burnout no ha sido lo suficientemente estudiado como para poder apuntar inequívocamente los factores predisponentes propios de esta profesión.

Así, partiendo los datos anteriormente expuestos y teniendo en cuenta el progresivo desarrollo de la actividad profesional de Terapia Ocupacional, se hace necesario el estudio del síndrome de burnout dentro de esta profesión. El presente trabajo trata de analizar la relación existente entre las fuentes de estrés propias de la profesión de Terapia Ocupacional y de las dimensiones del síndrome de burnout con las distintas consecuencias derivadas a tanto a un nivel individual como organizacional.

MÉTODO

Muestra

La muestra del estudio está compuesta por 110 terapeutas ocupacionales de la Comunidad Autónoma de Madrid que trabajan en la práctica clínica. El 89% de los mismos son mujeres, y el 10% hombres. La media de edad es de 30,3 años (DT= 8,9 años). La media de los años de experiencia laboral en la profesión es de 7,5 años (DT = 8 años), con una media de 5,5 años en el mismo puesto de trabajo (DT = 6,9 años). Con respecto al área donde desarrollan su actividad laboral, el trabajo en geriatría presenta el porcentaje más elevado con un 63,6 %, repartiéndose los porcentajes en el resto de las áreas de la siguiente manera: 12,7 % en rehabilitación física y neurológica, 9,1% en psiquiatría, 8,2% en orientación e integración laboral, 1,8% en drogodependencias y marginación

social, y 1,8 % en ortopedia y ayudas técnicas.

Instrumentos

Escala de estresores específicos de la profesión de Terapia Ocupacional.

La evaluación de las fuentes de estrés propias del trabajo clínico en Terapia Ocupacional se ha llevado a cabo a través de la creación de un banco de ítems específico generado a partir de la revisión bibliográfica realizada y de la realización de entrevistas de grupo con terapeutas ocupacionales que desarrollan su actividad clínica en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Las subescalas, derivadas de forma racional (debido a la escasez muestral, que no ha permitido aún llevar a cabo un análisis factorial de los elementos), evalúan las siguientes variables: *interacción conflictiva con el equipo, interacción con los pacientes y familiares, sobrecarga, contacto con la enfermedad y la muerte, ambigüedad de rol, falta de cohesión con el equipo, falta de fundamentación de la actuación terapéutica ocupacional, características de la tarea, influencia de los factores extralaborales, miedo a la malpráctica, desequilibrio entre recursos y demandas, interacción con el supervisor, falta de conocimiento y reconocimiento de la Terapia Ocupacional y falta de autonomía y condiciones salariales.*

La *Escala de estresores específicos* está formada por un total de 103 ítems que se responden mediante una escala de tipo Likert con un rango de 1 a 4, donde 1 es *totalmente en desacuerdo* y 4 *totalmente de acuerdo*. La consistencia interna de sus subescalas, probada en la muestra de 110 profesionales de

Terapia Ocupacional ha resultado satisfactoria, con valores alfa de Cronbach que oscilan entre 0,75 y 0,86 (Ver tabla 1).

específico de la profesión de enfermería, las características individuales y el tipo de afrontamiento adoptado por los

Tabla 1. Valores alpha de Cronbach de las escalas incluidas en el estudio

Escalas		Nº ítems	Alpha
Estresores	Interacción conflictiva con el equipo	5	,78
	Interacción con los pacientes y familiares	17	,86
	Sobrecarga	11	,83
	Contacto con la enfermedad y la muerte	5	,80
	Ambigüedad de rol	6	,84
	Falta de cohesión	5	,81
	Falta de fundamentación de la actuación terapéutica ocupacional	6	,79
	Características de la tarea	6	,76
	Factores extralaborales	7	,79
	Miedo a la malpráctica	5	,85
	Recursos y demandas	5	,77
	Supervisión	8	,80
	Conocimiento y reconocimiento de la TO	7	,83
	Falta de autonomía	6	,83
	Condiciones salariales	4	,75
	Burnout	Agotamiento emocional	12
Despersonalización		12	,80
Falta de realización personal		5	,82
Consecuencias	Psicológicas	23	,95
	Organizacionales	13	,92
	Sociofamiliares	5	,87

Dimensiones de desgaste y de consecuencias del Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE; Moreno-Jiménez, Garrosa y González-Gutiérrez, 2000).

El CDPE es una herramienta de evaluación que se enmarca dentro de un modelo teórico que considera el burnout como un proceso transaccional entre las características del contexto laboral

individuos (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000). Este instrumento pretende evaluar una gran parte de las variables intervinientes en el proceso de desgaste profesional en enfermería: sus fuentes de estrés, el síndrome de burnout y sus consecuencias asociadas. Junto a ello, incorpora escalas específicas para la evaluación de la personalidad resistente (Kobasa, 1982), así como las estrategias de afrontamiento más

habituales de los sujetos (Lazarus y Folkman, 1984).

Dentro del presente estudio se han empleado las escalas relativas al síndrome (29 ítems) y las escalas de consecuencias asociadas (51 ítems), las cuales se evalúan mediante una escala de tipo Likert con un rango de respuesta de 1 a 4 (*totalmente de acuerdo / totalmente desacuerdo*). La consistencia interna de estas escalas, probada por los autores, arroja valores alfa que se sitúan entre el 0,80 y el 0,94 (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000). Sobre la presente muestra, el cálculo de estos coeficientes ha ofrecido resultados satisfactorios, con valores alfa que oscilaron entre 0,80 y 0,95 (Ver tabla 1).

La inclusión de las escalas de desgaste y de consecuencias del CDPE dentro del presente trabajo se ha realizado bajo el supuesto de que, contrariamente a lo que ocurre con el bloque de antecedentes específicos, los ítems referentes a estos aspectos del proceso no hacen referencia a características exclusivas de la profesión de enfermería. De esta forma, en principio, los ítems que conforman estas escalas pueden emplearse para la evaluación del proceso de burnout dentro de cualquier profesión relacionada con las Ciencias de la Salud que desarrolle su actividad en el ámbito clínico.

Hoja de Datos Sociodemográficos

Para completar el cuestionario, se adjuntó una planilla sociodemográfica que recoge algunos datos relevantes en el caso de la profesión de Terapia Ocupacional (sexo, edad, número de pacientes que atienden al día, etc.).

Procedimiento

Inicialmente se identificaron los centros de Madrid donde se presta servicio de Terapia Ocupacional, enviando por correo ordinario un sobre que contenía una copia de los cuestionarios junto con una carta de presentación, la solicitud de colaboración y un sobre con sello para la devolución del mismo. A las dos semanas del envío se inició un proceso de seguimiento a través de contacto telefónico que se mantuvo hasta la devolución de cada cuestionario. De los 276 cuestionarios enviados, en el momento de realización del presente trabajo se habían recibido un total de 110; por lo que la tasa de respuesta fue de aproximadamente el 40%.

Resultados

Los datos descriptivos relativos a las puntuaciones de los sujetos en cada una de las escalas del cuestionario administrado incluidas en el presente estudio se presentan en la tabla 2.

Dentro de la escala de estresores específicos de Terapia Ocupacional, las puntuaciones medias más altas se han obtenido en *Contacto con la enfermedad y la muerte* ($M = 2,80$; $DT = 0,62$), *Escaso conocimiento y reconocimiento de la Terapia Ocupacional* ($M = 2,90$; $DT = 0,60$), y *Condiciones salariales insuficientes* ($M = 2,98$; $DT = 0,66$). Las medias más bajas son para la *Falta de cohesión con el equipo* ($M = 2,06$; $DT = 0,66$), la *Influencia de factores extralaborales* ($M = 1,97$; $DT = 0,53$) y la *Falta de autonomía en el trabajo* ($M = 2,03$; $DT = 0,67$). Entre las dimensiones de desgaste profesional, los terapeutas ocupacionales de la muestra han obtenido la puntuación media más alta en *agotamiento emocional* ($M = 2,49$; $DT = 0,64$) y

Tabla 2. Descriptivos básicos de las variables estudiadas

Variables		Media	DT	Máximo	Mínimo
Estresores	Interacción conflictiva con el equipo	2,15	,64	3,60	1,00
	Interacción con los pacientes y familiares	2,41	,44	3,94	1,06
	Sobrecarga	2,68	,56	3,91	1,14
	Contacto con la enfermedad y la muerte	2,80	,62	4,00	1,00
	Ambigüedad de rol	2,57	,67	4,00	1,00
	Falta de cohesión	2,06	,66	3,60	1,00
	Falta de fundamentación de la terapéutica ocupacional	2,72	,62	4,00	1,00
	Características de la tarea	2,46	,60	3,67	1,00
	Factores extralaborales	1,97	,53	3,57	1,00
	Miedo a la malpráctica	2,62	,68	4,00	1,00
	Recursos y demandas	2,61	,70	4,00	1,00
	Supervisión	2,43	,60	3,75	1,00
	Conocimiento y reconocimiento de la TO	2,90	,60	4,00	1,43
	Falta de autonomía	2,03	,67	4,00	1,00
	Condiciones salariales	2,98	,66	4,00	1,00
Burnout	Agotamiento emocional	2,49	,64	3,92	1,00
	Despersonalización	1,87	,43	3,58	1,00
	Falta de realización personal	1,73	,61	4,00	1,00
Consecuencias	Psicológicas	1,98	,60	3,83	1,00
	Organizacionales	2,15	,66	3,77	1,00
	Sociofamiliares	2,03	,76	4,00	1,00
	Físicas	2,06	,64	4,00	1,00

la más baja en *falta de realización personal* ($M = 1,73$; $DT = 0,61$). Finalmente, en cuanto a las consecuencias, los sujetos puntúan de forma similar en las distintas variables, siendo la media más alta la correspondiente a las repercusiones a nivel organizacional ($M = 2,15$; $DT = 0,66$).

Junto al análisis descriptivo de las variables, se ha efectuado un análisis de regresión múltiple jerárquica mediante el método de pasos sucesivos (stepwise) bajo un nivel de confianza de 0,95. De esta forma, se han calculado modelos de regre-

sión para cada una de las consecuencias del desgaste profesional estudiadas, tanto a nivel individual, como organizacional e interpersonal, introduciendo los factores estresores en primer lugar y las dimensiones del desgaste profesional a continuación.

El modelo de regresión estimado para las *consecuencias psicológicas* llega a explicar el 74% de su varianza. Los factores antecedentes que forman parte de este modelo son: la influencia de factores extralaborales de tipo personal sobre el trabajo

($\beta = 0,130$; $p = 0,043$), la falta de autonomía ($\beta = 0,324$; $p = 0,000$) y la ambigüedad de rol ($\beta = -0,357$; $p = 0,000$). Como se puede observar, en el caso de la ambigüedad de rol el coeficiente de regresión es de tipo inverso. Junto a ellas, el modelo queda configurado por las tres dimensiones de desgaste profesional: el agotamiento emocional ($\beta = 0,459$; $p = 0,000$), la despersonalización ($\beta = 0,152$; $p = 0,019$), y la falta de realización personal ($\beta = 0,176$; $p = 0,020$). Con la entrada en la ecuación de estas tres dimensiones, el miedo a la malpráctica y la falta de cohesión con el equipo que en un principio se mostraban como variables predictivas, pierden su significación dentro del modelo final. Por último, cabe destacar el mayor poder predictivo que muestra el agotamiento emocional.

En el caso de las *consecuencias organizacionales*, el modelo queda configurado por dos variables de desgaste profesional, el agotamiento emocional ($\beta = 0,506$; $p = 0,000$), y la despersonalización ($\beta = 0,174$; $p = 0,019$), llegando a explicar un 59% de la variable. Con la entrada de las dimensiones del síndrome, los tres estresores que configuraban los primeros modelos de regresión pasan a convertirse en variables no significativas. De nuevo, el agotamiento emocional muestra el mayor grado de asociación con la variable dependiente.

Las *consecuencias sociofamiliares* quedan explicadas en un 39% por la influencia de factores extralaborales sobre el trabajo ($\beta = 0,342$; $p = 0,000$) y el agotamiento emocional ($\beta = 0,258$; $p = 0,008$). Nuevamente, el agotamiento emocional entra en la ecuación y, con ello, la variable de sobrecarga pierde la capacidad predictiva que presentaba en un primer

modelo. En este caso, la influencia de factores extralaborales muestra el mayor poder predictivo.

La ecuación de regresión estimada para las *consecuencias físicas* está integrada por la influencia de factores extralaborales sobre el trabajo ($\beta = 0,213$; $p = 0,009$) y el agotamiento emocional ($\beta = 0,504$; $p = 0,000$). El modelo, consigue explicar un 51 % de la variable criterio. El agotamiento emocional resulta ser de nuevo la variable más predictiva.

DISCUSIÓN

El presente estudio pone de manifiesto la importancia de los aspectos laborales y organizacionales específicos de la profesión de Terapia Ocupacional como fuentes potenciales de desgaste que pueden derivar en el desarrollo de graves consecuencias para el propio individuo y para la organización en la que trabaja. Los modelos de regresión estimados han mostrado porcentajes de varianza explicada que superan en su mayor parte el 50%, recayendo el mayor poder predictivo sobre las dimensiones de burnout y, específicamente sobre el agotamiento emocional.

Así, si se atiende a las consecuencias psicológicas, físicas, sociofamiliares y organizacionales del desgaste profesional en la presente muestra, se puede comprobar la elevada asociación existente entre estos factores y las dimensiones del síndrome. Las consecuencias psicológicas se muestran asociadas tanto con el agotamiento emocional como con la despersonalización y con la falta de realización. Las consecuencias organizacionales se encuentran relacionadas tanto con el agotamiento emocional como con la despersonaliza-

Tabla 3. Resultados del análisis de regresión múltiple jerárquica realizado sobre las consecuencias del desgaste profesional, tomando como variables predictoras los estresores y las dimensiones del desgaste profesional

	Coeficientes de regresión		Coeficientes de determinación	
	Beta	t	R2 cor.	F
Consecuencias psicológicas				
Factores extralaborales	0,130	2,047*		
Miedo a la malpráctica	0,112	1,766		
Falta de autonomía	0,324	4,977**		
Ambigüedad de rol	-0,357	-5,198**		
Falta de cohesión	0,095	1,673		
Agotamiento emocional	0,459	6,205**		
Despersonalización	0,152	2,375*		
Falta de realización	0,176	2,361*	0,736	39,042**
Consecuencias Organizacionales				
Características de la tarea	0,108	1,225		
Condiciones salariales	0,125	1,824		
Interacción con equipo	0,053	0,720		
Agotamiento emocional	0,506	5,475**		
Despersonalización	0,174	2,385*	0,590	32,399**
Consecuencias Sociofamiliares				
Factores extralaborales	0,342	3,809**		
Sobrecarga	0,172	1,823		
Agotamiento emocional	0,258	2,710**	0,391	24,375**
Consecuencias físicas				
Factores extralaborales	0,213	2,647**		
Sobrecarga	0,091	1,076		
Interacción con equipo	0,061	0,791		
Agotamiento emocional	0,504	5,431**	0,511	29,422**

* p < 0,05

** p < 0,01

ción. Finalmente, las consecuencias físicas y sociofamiliares del sujeto sólo se encuentran relacionados con el agotamiento emocional.

El agotamiento emocional se muestra, por tanto, como la dimensión de burnout más relacionada con los diferentes niveles de consecuencias, tal y como ha sido seña-

lado repetidamente en la literatura (Golembiewski., Muzenrider y Stevenson, 1986; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach y Jackson, 1981; Richardsen, Burke y Leiter, 1992; Koeske y Koeske, 1989). Junto a él, la despersonalización y la falta de realización resultan variables predictoras relevantes en el caso de la sintomatología psicológica, probablemente como consecuencia del componente actitudinal que les caracteriza. En este último caso, los factores antecedentes de carácter laboral y organizacional resultan predictivos junto a las dimensiones específicas de desgaste. Así, resulta interesante la asociación inversa que aparece entre la ambigüedad de rol y las consecuencias psicológicas, lo que sólo resulta explicable a través de la presencia de efectos de multicolinealidad entre las variables independientes. Así, tras la inclusión de otros factores antecedentes dentro de la ecuación de regresión, el efecto de la ambigüedad de rol parece ser desprovisto de su elemento más patógeno, haciendo referencia exclusivamente un componente de "flexibilidad" en las consignas recibidas, lo que se encontraría asociado positivamente con la salud psicológica.

Además, resulta necesario llamar la atención acerca de como en las ecuaciones de regresión estimadas sobre los diferentes tipos de consecuencias, el efecto inicial de los antecedentes organizacionales y sociales del síndrome es asumido en su mayor parte por las dimensiones de desgaste. Esto resalta la importancia del desgaste profesional como una variable mediadora dentro del proceso que termina en la pérdida de salud, en la aparición de consecuencias para las relaciones interpersonales del individuo y en el deterioro del funcionamiento de la propia organización.

Entre los factores antecedentes cuyo

efecto inicial en la ecuación de regresión ha desaparecido con la entrada de las dimensiones de desgaste se encuentran el miedo a la malpráctica y la falta de cohesión (para el caso las consecuencias psicológicas), las características de la tarea y las condiciones salariales (para el caso de las consecuencias organizacionales), la interacción con el equipo y la sobrecarga (para el caso de las consecuencias organizacionales) y de la sobrecarga (para el caso de las consecuencias físicas).

El miedo a la malpráctica es uno de los factores de estrés sobre los que se ha llamado más la atención en los últimos tiempos dentro de profesiones sanitarias como la medicina (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999). De igual modo, un amplio número de estudios han identificado la sobrecarga laboral como una importante fuente de desgaste, específicamente con la dimensión de agotamiento emocional (Leiter, 1988, 1991; Jackson, Schwab y Schuler, 1986; Jackson, Turner y Brief, 1987), algo que también ha sido señalado por autores como Short (1984), Brown y Pranger (1992) y Freda (1992) dentro del campo de la Terapia Ocupacional. Esto la convierte en un importante factor de riesgo, al ejercer su acción a través del agotamiento emocional que, como se ha indicado previamente es probablemente la dimensión de burnout más relacionada con los diferentes niveles de consecuencias (Golembiewski, Muzenrider y Stevenson, 1986; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach y Jackson, 1981; Richardsen, Burke y Leiter, 1992; Koeske y Koeske, 1989). Este mismo proceso explicativo podría emplearse para el caso de las características de la tarea (como la monotonía, la falta de retroalimentación o la escasez de significado), identificadas por Pfenning y Husch (1994) como uno de los elementos críticos asocia-

dos de forma intensa al agotamiento emocional.

La naturaleza de la relación interpersonal dentro del equipo de trabajo ha sido una variable frecuentemente señalada como una potencial fuente de desgaste cuando falta el apoyo social y el grado de cohesión es escaso (Burke, Shearer y Deszca, 1984; Ross, Altmaier y Russell, 1989; Gaines y Jermier, 1983; Savicki y Cooley, 1987). Dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional, este factor ha sido señalado como una variable crítica por Sweeney, Nichols y Kline (1993), por lo que no resulta extraña su presencia en el presente trabajo como una importante predictor de las consecuencias físicas y organizacionales del proceso de burnout que parece ejercer su efecto de forma indirecta a través de una situación de desgaste.

La problemática extralaboral es el único factor antecedente que se comporta de forma predictiva, independientemente de la presencia del burnout. Aunque el estudio de los problemas extralaborales que afectan al dominio laboral es un área de la investigación del estrés que está siendo desarrollado con rapidez en la actualidad (Menaghan, 1991; Parkes, 1998), en relación al desgaste profesional la consideración de estos factores resulta aún bastante limitada. Parece, no obstante, necesario atender a la consideración de este factor como una variable con un posible efecto bidireccional, dado que no sólo puede ser un antecedente de desgaste y de determinado tipo de consecuencias para el individuo, sino que, a su vez, podría ser un efecto derivado de este tipo de factores.

La elevada capacidad predictiva demostrada por las dimensiones de desgaste junto a los estresores específicos de Terapia

Ocupacional sobre los distintos tipos de consecuencias estudiadas pone de manifiesto la importancia del diseño de entornos de trabajo saludables. En este sentido, resulta especialmente importante conseguir un entorno laboral donde sea habitual el trabajo con grupos reducidos de pacientes, el trabajo en equipo caracterizado por el apoyo por parte del supervisor y de los compañeros de trabajo, el enriquecimiento del trabajo a través del suministro de retroalimentación sobre los resultados del mismo, la presencia de autonomía para poder desarrollar un trabajo con el suficiente grado de significado para el propio terapeuta, etc. Por otro lado, el desarrollo de sistemas dirigidos a potenciar una interacción saludable entre los aspectos relativos a las áreas laboral y extralaboral del sujeto, por ejemplo a través la creación de horarios flexibles que permitan atender a los problemas extralaborales, resulta fundamental si se desea prevenir el deterioro de su bienestar general, dada la bidireccionalidad señalada entre ambos aspectos (González-Gutiérrez, Peñacoba, Gallardo, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2001).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bailey, D. (1990). Reasons for attrition from occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 23-29.
- Bassett, H. y Lloyd, C. (2001). Occupational Therapy in mental health: Managing stress and burnout. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 406-411.
- Bird, J. (2001). The influences and impact of burnout on occupational therapists. *Dissertation abstracts international*, 62(1-B), 204.

- Brollier, C., Bender, D., Cyranowski, J. y Velletri, C.M. (1987). OTR burnout: a comparison by clinical practice and direct service time. *Occupational Therapy in Mental Health*, 7(1), 39-54.
- Brown, G. y Pranger, T. (1992). Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 258-267.
- Burke, R.J. y Richardsen, A.M. (1996). Stress, burnout, and health. En C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress, medicine and health*. New York: CRC Press.
- Burke, R.J., Shearer, J., y Deszca, G.(1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 162-188.
- Butler, H.(1972). Student's role stress. *American Journal of Occupational Therapy*, 26(8), 399-405.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Deckard G., Meterko M. y Field D. (1994). Physician burnout: An examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care*, 32, 745-754.
- Eklund, M. y Hallberg, I.R. (2000). Factors influencing job satisfaction among Swedish occupational therapists in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(3), 162-171.
- Florian, V., Sheffer, M. y Sachs, D. (1985). Time allocation patterns of occupational therapists in Israel: implications for job satisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(6), 392-396.
- Freda, M. (1992). Retaining occupational therapists in rehabilitation setting: influential factors. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(3), 240-245.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gaines J. y Jermier J. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of Management Journal*, 26, 567-586.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Golembiewski R.T., Muzenrider R.F. y Stevenson J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger Publishers.
- González-Gutiérrez, J.L., Peñacoba, C., Gallardo, C., Moreno-Jiménez, B. y Garrosa, E. (2001). Salud laboral. En En A. Gil de Miguel (Dir.), *Intervención Preventiva en Salud Pública* (pp. 459-479). Madrid: Fundación de Estudios y Formación Sanitaria.
- Graham, J.J. (1987). Stress in psychiatric nursing. En: R. Payne, y Firth-Cozens (Eds.). *Stress in health professionals*. Oxford: Wiley & Sans.
- Hooley, L. (1997). Circumventing burnout in AIDS care. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(9), 759-766.
- Jackson, S.E., Schwab, R.L. y Schuler, R.S. (1986). Toward an understanding of

the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.

Jackson, S.E., Turner, J.A. y Brief, A.P. (1987). Correlates of burnout among public service lawyers. *Journal of Occupational Behavior*, 8, 39-49.

Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Sals (eds.) *Social psychology of health and illness* (págs. 3-32). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Koeske F.G., Koeske R.D. (1989) Work load and burnout: can social support an perceived accomplishment help? *Social Work*, 3, 243-248.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary mental health team. *Group and Organizational Studies*, 13, 111-128.

Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., y Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: a social Psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Menaghan, E.G. (1991). Work experiences and family interaction processes: The long reach of the job? *Annual Review of Sociology*, 17, 419-444.

Moreno-Jiménez, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M. A. Simón (ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (págs. 740-756). Madrid: Biblioteca Nueva.

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

Moreno-Jiménez, B., González-Gutiérrez, J.L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: J. Buendía (Ed.). *Estrés, trabajo y salud*. Madrid: Pirámide.

Moreno-Jiménez, B., González-Gutiérrez, J.L. y Garrosa, E. (2002). Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de enfermería*, 25(11), 19-26.

Painter, J., Akroyd, D., Barefoot, T., Schemedeke, K. y Daniels, NE. (1998). Predictors of organizational commitment among certified occupational therapy assistants. *Occupational Therapy in Health Care*, 11(2), 1-15.

Parkes, K.P. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (págs. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.

Pfenning, B. y Hüsich, M. (1994).

Determinanten und Korrelate des Burnout-Syndroms: Eine meta-analytische Betrachtung [Determinants and correlates of the burnout syndrome: A meta-analytic approach] (Master's Thesis). Berlin: Freie Universität Berlin, Psychologisches Institut.

Piemme, J.A. y Bolle, J.L. (1990). Coping with grief in response to caring for persons with AIDS. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(3), 266- 269.

Richardsen, A.M., Burke, R.J. y Leiter, M.P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 55-68.

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Ross, R.R., Altmaier, E.M. y Russel, D.W. (1989). Job stress, social support, and burnout among counseling center staff. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 464-470.

Savicki, V. y Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.

Short, J. (1984). Changing role expectations of psychiatric occupational therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 4(3), 19- 27.

Sturgess, J. y Poulsen, A. (1983). The prevalence of burnout in occupational therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 3(4), 47- 60.

Sweeney, G. y Nichols, K. (1996). Stress experiences of occupational therapists in mental health practice arenas: a review of the literature. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 132-140.

Sweeney, G., Nicholls, K., & Kline, P. (1993). Job stress in occupational therapy: an examination of causative factors. *British Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 89-93.