

Poder y Síndrome de *Burnout* en Enfermeras:
Un Modelo Explicativo desde el Enfoque Psicopolítico

María Jesús Albar Marín

TESIS



Universidad de Sevilla

Sevilla, 2009

Poder y Síndrome de Burnout en Enfermeras:
Un Modelo Explicativo desde el Enfoque Psicopolítico

Tesis presentada por

María Jesús Albar Marín

Enfermera, 1976

Licenciada en Psicología, 1981

para la obtención del Título de Doctor
en el Programa Intervención Social con la Comunidad

Universidad de Sevilla

Sevilla, 2009

© 2009, *María Jesús Albar Marín*
Todos los derechos reservados

Poder y Síndrome de Burnout en Enfermeras: Un Modelo Explicativo desde el Enfoque Psicopolítico

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar desde el enfoque psicopolítico el rol de la falta de poder u opresión en el desarrollo del síndrome de *burnout* en enfermeras. Este enfoque entiende que las condiciones de opresión socio-política y psicológica juegan un papel esencial en el desarrollo de los trastornos psicológicos. El *burnout*, caracterizado por los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Maslach y Jackson, 1986), es entendido como una consecuencia de trabajar en condiciones laborales opresoras. Las dimensiones del poder socio-político se analiza a través de (1) las características socio-estructurales incluidas por Kanter (1977) en su modelo de empowerment estructural, y (2) las del trabajo enfermero a través de las propuestas por Gray-Toft y Anderson (1981). La dimensión psicológica del poder es observada mediante las dimensiones incluidas por Spreitzer, (1995) en su concepto de *empowerment* psicológico. El modelo propuesto fue probado en una muestra de 272 enfermeras con un análisis de ecuación estructural. Algunos de los hallazgos más significativos fueron: (a) la falta de acceso al poder socio-político dirige a experiencias de burnout; (b) el poder psicológico (significado, competencia e impacto) tiene un papel mediador entre el apoyo socio-político y síntomas del *burnout*, (c) las características del trabajo enfermero tienen un papel mediador entre las dimensiones de poder socio-estructural y el agotamiento emocional y la despersonalización. Finalmente son discutidas las limitaciones del estudio, lecciones aprendidas para el desarrollo de políticas de prevención y líneas futuras de investigación.

Palabras claves: *burnout*, poder, opresión, enfermería y enfoque psicopolítico.

Power and Burnout Syndrome among Nurses: A Psychopolitical Framework

Abstract

The aim of this study is to analyze, through a psychopolitical lens, the role of the lack of power or oppression in the development of burnout syndrome among nurses. This approach views socio-politically and psychologically oppressive dimensions as contributors to psychological disorders. Burnout, characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and a diminished sense of accomplishment (Maslach & Jackson, 1986), is thus understood as a consequence of working in occupationally oppressive conditions. Socio-political power is analyzed through (1) the variables included in Kanter's (1977) structural empowerment framework and (2) the habitual labor conditions of nursing described by Gray-Toft & Anderson (1981). Psychological power related to professional activity is analyzed using Spreitzer's (1995) psychological empowerment dimensions. The framework proposed was tested by structural equation analysis in a randomized sample of 272 nurses in three different public hospitals in Seville, Spain. Some of the most significant findings were: (a) a lack of sociopolitical power leading to the burnout experience, (b) the mediator effect of different psychological power dimensions (meaning, competence, impact) between socio-political support and the three burnout symptoms; (c) the mediator role of habitual labor conditions in nursing between the socio-structural power dimensions and emotional exhaustion and depersonalization. Limitations of the study, lessons learned about policy and proposals for future research are discussed.

Key words: burnout, power, oppression, nursing, and psychopolitical approach

CONTENIDO

Resumen **iii**

Abstract **iv**

Contenido **v**

Relación de Tablas **vii**

Relación de Figuras **viii**

Agradecimientos **ix**

I. INTRODUCCIÓN **1**

Relevancia del Problema **4**

Términos del Estudio y Consideraciones de Interpretación **5**

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA **8**

Antecedentes, Dimensiones e Intervención del *Burnout* **8**

La Definición del Burnout **11**

La Intervención del Burnout **14**

El Enfoque Psicopolítico en el Estudio del *Burnout* **17**

Poder, Dinámicas de Opresión y Burnout en Enfermería **20**

Relación entre Poder Socio-Político [Características del Trabajo Enfermero] y Burnout **28**

Relación entre Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y Burnout **33**

Relación entre Poder Psicológico y Burnout **40**

Objetivos, Hipótesis y Diseño del Estudio **47**

III. MÉTODO **56**

Población y Muestra **56**

Descripción de los Instrumentos de Medida **60**

Registro de Datos Sociodemográficos y Laborales **60**

Escala de Características Socio-Estructurales **61**

Características del Trabajo Enfermero: Escala de Estrés en Enfermería **64**

Escala de Empowerment Psicológico **66**

Maslach Burnout Inventory (MBI) **69**

Aspectos Éticos **71**

Procedimiento de Recogida de Datos **71**

Análisis de Datos **72**

IV. RESULTADOS 74

Objetivo 1: Identificar la Prevalencia del *Burnout* 74

Objetivo 2: Identificar las Características Sociodemográficas y Laborales Asociadas al *Burnout* 76

Objetivo 3: Determinar la Relación entre Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y *Burnout* 78

Objetivo 4: Determinar la Relación entre Poder Psicológico y *Burnout* 81

Objetivo 5: Determinar las Relaciones entre Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y Poder Psicológico 83

Objetivo 6: Determinar el Papel Mediador del Poder Psicológico entre el Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y *Burnout* 85

Objetivo 7: Determinar el Papel Mediador de las Características del Trabajo Enfermero entre las Características Socio-Estructurales y *Burnout* 89

V. DISCUSIÓN 91

Prevalencia del Burnout y Edad 92

Características Socio-Estructurales y Burnout 94

Poder Psicológico y Burnout 97

Influencia del Poder Socio-Político en el Poder Psicológico 99

Papel Mediador del Poder Psicológico 100

Papel Mediador de las Características del Trabajo Enfermero 101

Limitaciones 103

Implicaciones Teóricas y Prácticas 104

Conclusiones 108

REFERENCIAS 111

APÉNDICE A: Encuesta 133

APÉNDICE B: Autorizaciones 138

RELACIÓN DE TABLAS

- Tabla 1 Valoración psicopolítica del quehacer en psicología **18**
- Tabla 2 Estadísticos descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson entre los ítems de la escala de características socio-estructurales **63**
- Tabla 3 Matriz de componentes rotados de la escala de características socio-estructurales **64**
- Tabla 4 Estadísticos descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson entre los ítems de la escala de empowerment psicológico **68**
- Tabla 5 Matriz de componentes rotados de la escala de empowerment psicológico **69**
- Tabla 6 Porcentaje de participantes en cada uno de los niveles de las dimensiones del *burnout* **75**
- Tabla 7 Estadísticos descriptivos de las dimensiones del *burnout* en función de las variables sociodemográficas **76**
- Tabla 8 Análisis de la varianza para las variables sociodemográficas relacionadas con el *burnout* **77**
- Tabla 9 Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio **79**
- Tabla 10 Análisis de regresión paso a paso para las características socio-estructurales que predicen el *burnout* **80**
- Tabla 11 Análisis de regresión paso a paso para las dimensiones de poder psicológico que predicen el *burnout* **82**
- Tabla 12 Análisis de regresión paso a paso para las características socio-estructurales que predicen el poder psicológico **84**
- Tabla 13 Índices de bondad de ajuste del modelo **87**

RELACIÓN DE FIGURAS

- Figura 1 Enfoque psicopolítico en el estudio del síndrome de *burnout* **25**
- Figura 2 Modelo de predicción del *burnout* **27**
- Figura 3 Relaciones entre poder socio-político [características socio-estructurales] y *burnout* que van a ser probadas **49**
- Figura 4 Relaciones entre poder psicológico y *burnout* que van a ser probadas **50**
- Figura 5 Relaciones entre poder socio-político [características socio-estructurales] y poder psicológico que van a ser probadas **51**
- Figura 6 Relaciones de mediación del poder psicológico que van a ser probadas **52**
- Figura 7 Relaciones de mediación del poder socio-político [características del trabajo enfermero] que van a ser probadas **53**
- Figura 8 Modelo estructural ajustado **86**
- Figura 9 Efecto mediador del impacto entre el acceso a la información y la realización personal **88**
- Figura 10 Efectos mediadores de diferentes dimensiones del poder psicológico entre el apoyo sociopolítico y *burnout* **89**
- Figura 11 Efecto mediador de la competencia entre la cultura y la realización personal **89**
- Figura 12 Efecto mediador de las características del trabajo entre el acceso a los recursos y los síntomas agotamiento emocional y despersonalización **90**

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo de investigación, me he beneficiado de los conocimientos, enseñanzas, ánimo y apoyo de muchas personas. En este momento quiero expresarles mi gratitud.

En primer lugar, al Prof. Manuel García Ramírez, por su ayuda a nivel profesional y personal. Me ha enseñado a analizar muchas de las vivencias que he tenido a lo largo de mi trayectoria profesional como enfermera desde un enfoque científico; me ha transmitido su rigurosidad en el trabajo, su perseverancia y su inquietud por dar respuestas a interrogantes de la vida. A la Profa. Ana López, por su inestimable ayuda en los aspectos metodológicos de mi trabajo, su permanente disponibilidad y por su continuo ánimo para llevarlo a buen término.

A la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por haber financiado la realización del proyecto que me ha permitido realizar este trabajo. A todas las compañeras y compañeros de los hospitales Virgen Macarena, Nuestra Sra. de Valme y Virgen del Rocío que han formado parte del equipo de investigación o han participado en sus diferentes momentos y tareas. De manera significativa, quiero expresar mi reconocimiento a mis compañeras de la Unidad de Investigación del Hospital Virgen Macarena, M^a Eugenia Acosta y Rocío Morano.

También quiero reconocer las enseñanzas a todas a las compañeras y compañeros con las que he compartido mi trabajo como enfermera en el Hospital Virgen Macarena. A mis compañeras de Maternidad con las que empecé mi quehacer profesional. A mis compañeras de Psiquiatría, que me aceptaron muchos años como su supervisora, y con las que compartí las “convulsiones” de la Reforma Psiquiátrica. Junto a ellas adquirí un sentido crítico del trabajo enfermero. A todos los compañeros y compañeras de la Escuela de Enfermería, con los que comparto el desafío de formar nuevos profesionales.

A Gregorio Martínez Morán por darme la oportunidad de iniciarme en la investigación en enfermería y a M^a de los Milagros Prieto Guerrero y en su nombre, a todos los que me han permitido en los últimos 10 años tener el privilegio de promover la investigación entre las enfermeras. A todas esas enfermeras que desafían la razón y, superando barreras y limitaciones de toda índole, ponen su empeño en hacer día a día, una investigación enfermera rigurosa.

A mi familia, mi marido y mis hijos, Manuel y Paloma, por el sufrimiento, las alegrías y el afán diario compartido.

Para mi hija Paloma

La psicología ha estado siempre clara sobre la necesidad de liberación personal, es decir, la exigencia de que las personas adquieran control sobre su propia experiencia y sean capaces de orientar su vida hacia aquellos objetivos que se propongan como valiosos, sin que mecanismos inconscientes o experiencias conscientes les impidan el logro de sus metas existenciales y de su felicidad personal.

I. Martín-Baró, 1986, p. 221

Desideologizar significa rescatar la experiencia original de los grupos y personas y devolvérsela como dato objetivo, lo que permitirá formalizar la conciencia de su propia realidad, verificando la validez del conocimiento adquirido.

I. Martín-Baró, op. cit. p. 230

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de *burnout* o del trabajador quemado se ha convertido en un problema de gran trascendencia (Weinberg y Creed, 2000). Recientes estudios lo consideran un riesgo psicosocial emergente que requiere su reconocimiento como enfermedad profesional (Gil-Monte, 2005). La premisa básica en la que se sustentan estas afirmaciones es que cuando los trabajadores se sienten desbordados de forma continua por las condiciones y demandas laborales, su bienestar psicológico se resiente, y aparecen signos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Bresó, Salanova y Shaufeli, 2007; Hart y Cooper, 2001). Uno de los grupos profesionales más afectados es el de enfermería. La concepción tradicional de este colectivo como profesión auxiliar de la Medicina ha cambiado en los últimos treinta años, imponiéndose una redefinición de sus actividades. De una perspectiva asistencial centrada en la enfermedad y al servicio del médico, se ha pasado a otra centrada en el paciente y basada en una concepción amplia de la salud. Como consecuencia, las enfermeras han adquirido en los últimos años un elevado protagonismo en los nuevos modelos de salud y servicios sanitarios. Ya no solo se orientan a curar, sino también a cuidar la salud —promoverla y conservarla—, así como a prevenir y paliar el sufrimiento de los pacientes. Estos nuevos roles exigen mayor autonomía y desarrollo científico y profesional.

Una consecuencia de estos cambios es que las dinámicas de poder en las organizaciones sanitarias —especialmente en los hospitales—, se están viendo alteradas. Estas organizaciones, ancladas en una ideología y un sistema de valores orientados desde la hegemonía del modelo médico – y sus profesionales –, hacen que las enfermeras encuentren numerosas barreras para ejercer su nuevo papel. La elevada prevalencia en este colectivo del síndrome de *burnout* puede ser el reflejo de la experiencia continuada de estas dificultades. Este síndrome tiene importantes consecuencias para la salud de las enfermeras, para la propia organización y para los cuidados que los pacientes reciben (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano y Ramos, 2000).

La perspectiva psicosocial ha desarrollado distintos modelos para explicar el proceso por el cual las enfermeras podrían desarrollar el síndrome de *burnout*. En función de las variables contempladas, pueden distinguirse tres tipos (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995; Gil-Monte y Peiró,

1999). Unos destacan la importancia de las variables personales en la etiología del síndrome, tales como los sentimientos de competencia (Harrison, 1983), el sentido existencial que se alcanza a través de la realización del trabajo (Pines, 1993); la autoeficacia (Cherniss, 1993), o las estrategias de afrontamiento (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Hobfoll y Freedy, 1993). Otros hacen hincapié en los procesos de interacción social implicados en las relaciones laborales (Buunk y Schaufeli, 1993). Y por último, están los que enfatizan la importancia de variables organizacionales tales como disfunciones de rol (Golembiewski, Hilles y Daly, 1987) y cultura organizacional (Winnubst, 1993). Sin embargo, estos modelos prestan insuficiente atención a factores relacionados con la falta de *poder* que las enfermeras soportan en los hospitales, tales como escaso reconocimiento, falta de apoyo, recursos insuficientes, escasa autonomía y no participación en la toma de decisiones (Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Es decir, las características habituales del trabajo que desarrollan las enfermeras en los hospitales son en sí mismas estresantes y están determinadas por una estructura organizacional, cuyos valores, distribución de recursos y asignación de roles, refuerzan el potencial estresor. Aunque las características del contexto laboral se han relacionado con el síndrome de *burnout*, se requieren estudios que analicen específicamente el rol de las dimensiones de poder en su desarrollo entre las enfermeras. Este estudio sostiene que un mejor conocimiento de estas dimensiones puede ayudar a explicar mejor y prevenir el síndrome de *burnout*.

Con este fin, hemos adoptado en nuestro estudio el enfoque psicopolítico de la psicología comunitaria. Esta orientación vincula el poder a determinantes estructurales e individuales y permite considerar el *burnout* en las enfermeras como una consecuencia de contextos laborales opresores. Los determinantes estructurales refieren las oportunidades que ofrecen los contextos y organizaciones para lograr metas y mejoras. Los determinantes individuales están relacionados con las capacidades de los profesionales para implicarse voluntariamente en metas y acciones dirigidas a mejorar sus condiciones de partida. De este modo, los síntomas del *burnout* son considerados manifestaciones de la falta de poder u opresión sufrida en profesionales a los que se priva de oportunidades en las organizaciones y se les impide desarrollar capacidades para promoverlas (Prilleltensky y Nelson, 2002). Vinculando el nivel estructural e individual del poder, este estudio analiza la interdependencia de ambos en la

aparición del síndrome de *burnout*, asumiendo los siguientes puntos de partida: (1) las restricciones para acceder a los recursos, a la información, al apoyo socio-político, y a una cultura en la unidad de trabajo que impide la participación en la toma de decisiones son condiciones estructurales de opresión en los hospitales; (2) las enfermeras interiorizan estas condiciones y acaban por considerarlas inmutables e intrínsecas al ejercicio de su profesión; (3) este proceso de interiorización de las condiciones de opresión, les conduce a una pérdida de significado del trabajo, percepción de incompetencia, falta de autodeterminación e impacto, que les hace sentirse incapaces de superarlas; y finalmente (4) la opresión psicológica se exterioriza en manifestaciones de agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y falta de realización personal. Adoptando este enfoque, tratamos de superar algunas limitaciones de la perspectiva dominante, que culpa a la víctima y fomenta el desarrollo de tratamientos paliativos o asistenciales. Alternativamente, nuestro enfoque se dirige al diseño de intervenciones transformativas de los patrones psicológicos y estructurales asociados a la falta de poder de las enfermeras en los hospitales.

Relevancia del Problema

El estudio del *burnout* en enfermeras es relevante por su magnitud y por las consecuencias a nivel individual, organizacional y comunitario. En la literatura, las cifras de prevalencia oscilan en un rango entre el 17% y el 70% (Ibáñez y Vilaregut, 2004) entre las enfermeras, en función del nivel asistencial en que sea medido y si se hace a través de un solo síntoma, fundamentalmente el agotamiento emocional (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001; Coffey, 1999) o de los tres característicos (Barret y Yates, 2002; Happel, Pinikahana y Martín, 2003). Aunque la literatura ha mostrado su relación con características del contexto laboral, falta investigación que analice la influencia del poder en su desarrollo del *burnout*. Este estudio trata de clarificar el impacto que las dimensiones de poder estructural y psicológico tienen en el desarrollo de este síndrome en enfermeras que trabajan en hospitales. El enfoque psicopolítico ofrece una oportunidad genuina para redefinir sus dimensiones, sus causas y consecuencias en términos de condiciones de opresión, y proponer un modelo explicativo en base a dimensiones de poder político y psicológico. Al mismo tiempo, este enfoque permite relacionar la investigación sobre el síndrome de *burnout* en enfermeras realizada en

España con la investigación canadiense (Hatcher y Laschinger, 1996; Laschinger, Finegan, Shamian, y Almost, 2001; Laschinger, Finegan, Shamian, y Wilk, 2004; Laschinger, Heatcher, Almost, Tuer-Hodes, 2003; Leiter y Laschinger, 2006; Manojlovich y Laschinger, 2007; O'Brien, 1997), lo cual contribuye a la internacionalización de la investigación enfermera española.

Términos del Estudio y Consideraciones de Interpretación

Algunos de los términos empleados en este estudio requieren una definición previa.

El término *enfoque psicopolítico* refiere la extensión por la cual se garantiza que las investigaciones tienen en cuenta las dinámicas psicológicas y políticas de poder que subyacen a los fenómenos estudiados, a los métodos empleados y al uso que se hace de la información obtenida. El punto de partida es una concepción del *poder* que incluye el desarrollo de capacidades y, simultáneamente, el disfrute de oportunidades en los escenarios sociales para enfrentarse eficaz y libremente a los desafíos requeridos para obtener bienestar (Prilleltensky, 2008). En psicología comunitaria, el carácter continuo del poder ha permitido observarlo desde la perspectiva del *empowerment* – ganancia o disfrute de poder – y de la opresión – pérdida o supresión del poder –. En este estudio se observa desde la perspectiva de la opresión y distinguimos entre poder socio-político y poder psicológico.

El poder socio-político refiere las oportunidades – normas, status, rol, estructura de estudios, puestos de trabajo, etc. –, que las enfermeras encuentran para el ejercicio de su profesión. Nosotros lo abordaremos desde dos dimensiones, la organizacional y la ideológica. La primera, desde las *características socio-estructurales* que aseguran el buen desarrollo profesional y el cumplimiento de la misión hospitalaria (i.e. el acceso a los recursos, a la información, al apoyo socio-político y a una cultura en la unidad de trabajo que enfatice la importancia del capital humano y la participación en la toma de decisiones). Estas características están incluidas en el modelo que Kanter (1977) ha denominado *empowerment* estructural. La dimensión ideológica la abordaremos desde las *características del trabajo enfermero*, – generalmente denominadas estresores en la literatura –, las cuales hacen referencia a condiciones objetivas y habituales en las que las enfermeras realizan su quehacer diario. Esta asunción es realizada porque las condiciones en las que trabajan las enfermeras

hacen cotidianas circunstancias que—en sí mismas—deberían ser excepcionales, tales como falta de claridad en sus roles, interrupciones continuas en la realización de las tareas, orientación insuficiente al paciente por sobrecarga laboral y falta de participación, autonomía y autoridad para tomar decisiones (Büssing y Glaser, 1999). Para enmarcar esta dimensión se utilizará el término *ideología*.

El término *ideología* es utilizado para referir las ideas, creencias y sistemas de valores que determinan el rol de las enfermeras. La ideología dominante en un determinado periodo histórico, legitima las estructuras sociales y marca relaciones de poder que parecen intrínsecas a los propios procesos, perpetuando el orden social establecido (Montenegro, 2002). La forma en que la ideología dominante ha caracterizado el trabajo de las enfermeras, puede ser observada a través de su propia historia, que refleja su asentamiento en un sistema de género, en una formación orientada a enseñar la sumisión y en un modelo de atención sanitaria que le ha otorgado un rol basado en la subordinación.

Por su parte, *el poder psicológico*, denominado en la literatura *empowerment psicológico* (Spreitzer, 1995) se refiere a las capacidades (*agency*, habilidades y conocimientos) que permiten a las enfermeras estar en disposición de lograr las metas profesionales. Significado, competencia, autodeterminación e impacto definen el poder psicológico en este estudio, de acuerdo con el modelo de *empowerment psicológico* de Spreitzer. Los términos *poder psicológico* y *empowerment psicológico* se emplean como sinónimos.

El término *opresión* se entiende como un estado de relaciones asimétricas de poder caracterizadas por la dominación y subordinación. Las personas o grupos dominantes ejercen su poder restringiendo el acceso a los recursos a otros grupos y personas, favoreciendo en ellos la auto-depreciación de sí mismos y dificultando la consecución del bienestar (Bartky, 1990; Freire, 1972; Memmi, 1968; Prilleltensky y Gonick, 1996). En este marco, el *burnout* es considerado como el conjunto de reacciones que las enfermeras sufren por la exposición continuada a condiciones políticas y psicológicas de falta de poder u opresión.

El término *burnout* se utilizará para referirnos al agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Maslach y Jackson, 1986). Aunque Gil-Monte (2005) recomienda utilizar la denominación de “quemarse por el trabajo”, hemos optado por la

original anglosajona por considerarla más adecuada en un texto donde se repite el término frecuentemente.

A lo largo del informe se utilizará el término *Enfermeras* como sinónimo de profesionales de enfermería. El uso femenino del término como genérico es avalado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) respecto a su posición frente al título “Enfermera” (véase en http://www.icn.ch/PS_B06_ProtectionTitle%20Nurse-Sp.pdf)

Respecto a la interpretación de los hallazgos, hay que tener en cuenta que todos los instrumentos utilizados en la medición de los constructos del estudio son auto-registrados. Esto significa que miden la percepción que tiene el profesional de las distintas características que se evalúan. En relación con el diseño también es necesario aclarar que se trata de un estudio no experimental, por lo que las relaciones halladas no son necesariamente causales. Finalmente, en términos de generalización, el método de muestreo utilizado permite hacerla a enfermeras de hospitales pertenecientes a la misma red pública a la que pertenecen los participantes en este estudio.

II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta revisión bibliográfica se centra en la investigación que ha relacionado dimensiones de poder y *burnout*. En primer lugar, se describen brevemente los antecedentes del estudio científico del *burnout* y se revisan los aspectos más relevantes de la perspectiva dominante acerca de su conceptualización y tratamiento. A continuación, se propone el enfoque psicopolítico como una perspectiva útil para profundizar en algunas de sus limitaciones, redefiniendo los síntomas del *burnout* como experiencias de opresión. Posteriormente, justificamos la propuesta de un modelo en el cual los síntomas del *burnout* en las enfermeras de los hospitales son consecuencia de (a) el *poder socio-político*, observado a través de las características socio-estructurales relacionadas con el poder (Kanter, 1977, 1993) y las características del trabajo de las enfermeras en España (Gray-Toft y Andersen, 1981), (b) el *poder psicológico*, de acuerdo a las características psicológicas de poder incluidas en el modelo de *empowerment* psicológico de Spreizer (1995). Al final del capítulo, enunciaremos los objetivos e hipótesis de nuestra investigación.

Antecedentes, Dimensiones e Intervención del *Burnout*

Originalmente el *burnout* fue conceptualizado por Freudenberger (1974) como un estado psicológico caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psíquicos (e.g., tensión, ansiedad, fatiga física e insomnio, etc.). Este autor utilizó el término *burnout* por primera vez para referirse al estado de agotamiento físico y emocional que experimentaban algunos voluntarios que trabajaban con él en una clínica de desintoxicación de drogas. Observó que en pocos meses de trabajo, éstos jóvenes idealistas, aparentaban estar más cansados, deprimidos y apáticos que las personas a las que atendían. Estos síntomas iban acompañados de sentimientos de culpa y paranoia, que dificultaban el desarrollo de sus actividades (Freudenberger, 1974; 1975). Con anterioridad a Freudenberger, Farber (1983b) observó que en algunas obras literarias ya se describía este estado psicológico. Por ejemplo, el protagonista de la obra “Buddenbrooks” de Thomas Mann (1922), es un personaje aquejado de fatiga extrema y pérdida de idealismo o pasión por el trabajo. También en la famosa obra de Graham Greene (1961) “A

burnout case” el protagonista es un arquitecto que, desilusionado y desanimado con su trabajo, se retira a la selva africana.

Freudenberger (1974), en sus esfuerzos por conocer el proceso que experimentan los individuos con merma emocional, baja motivación y compromiso con el trabajo, observó la influencia de los valores del contexto sociocultural en su desarrollo, sus consecuencias en los receptores de los servicios y en la propia evaluación de la competencia de los profesionales. Así pues, el fenómeno del *burnout* fue vinculado a los valores dominantes de la sociedad norteamericana de aquella época, que hacían abrigar a los trabajadores altas expectativas de éxito personal y social ligadas al logro profesional. En esta dirección, Cherniss (1980a) ha resaltado como antecedente del síndrome de *burnout* el declive de la autoridad profesional y el auge del llamado “profesional místico”, aquel que disfruta de un alto nivel de autonomía, competencia y satisfacción en el trabajo, con plena dedicación a unos clientes responsables, compasivos y cuidadosos. Esta concepción del trabajo generaba altas expectativas en los profesionales jóvenes, las cuales se veían frustradas en el contacto con la realidad.

En los primeros estudios, el *burnout* fue definido como “un estado de fatiga o frustración producido por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el refuerzo esperado” (citado en Freudemberger y Richelson, 1980, p.13). En la misma línea, Pines y Kafri (1978), lo definieron como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, a consecuencia de la implicación prolongada en situaciones de gran demanda emocional. Representan un importante avance los primeros trabajos de Maslach (1976), relacionados con estrategias cognitivas de “preocupación objetiva” y “deshumanización en defensa propia” en el afrontamiento de estados de arousal emocional en los contextos laborales. La primera de estas estrategias, hace referencia al ideal del profesional médico que combina la compasión con el distanciamiento emocional, mientras que la segunda, se refiere a un proceso de autoprotección de la sobrecarga emocional mediante el trato deshumanizado. Maslach (1976) asoció estas estrategias a ciertas características del trabajo, tales como el excesivo número de clientes, la prevalencia de un feedback negativo de éstos y la escasez de recursos.

En resumen, los estudios iniciales del *burnout* se centran en el área clínica y se caracterizan por numerosas descripciones en las que se identifican los siguientes aspectos: (a) se relaciona con

ocupaciones cuya finalidad es la provisión de ayuda o cuidados; (b) se considera una respuesta al estrés provocado por la escasez de recursos de los profesionales para atender las demandas de los receptores de los servicios; (c) se identifican los síntomas de agotamiento emocional (i.e., fatiga física y psíquica, apatía y cansancio), de despersonalización en el trato con los usuarios de los servicios (i.e., deshumanización en defensa propia y preocupación objetiva), y falta de realización personal (i.e., experiencias de fracaso profesional, de incompetencia); y (d) se observa la influencia de los valores del contexto sociocultural en su desarrollo. Con estos puntos de partida, comienza la perspectiva psicosocial en el estudio del *burnout* que enfatiza sus aspectos procesuales y relacionales. A continuación se discute la definición, dimensiones e intervenciones desarrolladas desde esta perspectiva.

La Definición del Burnout

Múltiples definiciones se han ofrecido sobre el carácter procesual y relacional del *burnout*. Cherniss (1980 b) señala que éste síndrome es un proceso en el que las actitudes y conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral. Price y Murphy (1984) lo definen como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral caracterizado por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. En la misma línea, Farber (1985) afirma que es un síndrome que surge de la discrepancia percibida entre los esfuerzos y las recompensas en el ámbito laboral, en el cual influyen factores organizativos, individuales y sociales. En España, Álvarez y Fernández (1991a) destacan que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación y lo definen como una respuesta a una situación laboral intolerable y la expresión de la pérdida de ilusiones y desmoralización subyacente. Gil-Monte y Peiró (1997) lo definen como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir el estrés laboral percibido.

La definición más ampliamente utilizada en la literatura es la que subyace al *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1986). Este instrumento lo define como una respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabajan (actitudes de despersonalización), hacia el propio rol profesional (falta de realización en el trabajo) y la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Proponen medirlo a través de los siguientes componentes: agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de realización personal. El agotamiento emocional y la falta de realización estarían asociados al concepto de tensión derivada del padecimiento del estrés, y la despersonalización correspondería a la estrategia de afrontamiento.

Por *agotamiento emocional* se entiende un estado crónico de merma física y emocional que resulta de excesivas demandas en el trabajo y continuas molestias (Wright y Cropanzano, 1998). Se describe como sentimientos de estar emocionalmente sobrepasado y exhausto por el trabajo. Se

manifiesta por fatiga física y un sentimiento de estar agotado psicológica y emocionalmente (Zohar, 1997), sentimientos de tensión, ansiedad e insomnio (Maslach y Jackson, 1981; Perlman y Hartman, 1982). Ha sido considerado la característica central del síndrome (Maslach, 2003). La fuerte identificación de este componente con el *burnout* ha llevado a algunos autores a argumentar que los otros dos aspectos del síndrome son innecesarios o secundarios (Shirom, 1989). Sin embargo, este síntoma emocional no capta los aspectos críticos de las relaciones de los profesionales con su trabajo, por lo que no se pueden ignorar las otras dos dimensiones (Maslach et al., 2001). Se considera que el agotamiento induce a los profesionales a acciones para distanciarse emocional y cognitivamente del trabajo, como una forma de afrontar la sobrecarga.

La *despersonalización* se refiere al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos – respuestas cínicas, frías e insensibles – que conllevan sentimientos de hostilidad hacia las personas destinatarias del trabajo, que son culpadas de sus problemas. Se refiere a la noción de afrontamiento, al intento de poner distancia entre uno mismo y los receptores de los servicios. Representa el componente interpersonal del *burnout*. Asforth y Lee (1990) apoyan la idea de la despersonalización como una forma de conducta defensiva, definida como acciones reactivas y protectoras dirigidas a escapar de demandas no deseadas y a reducir amenazas percibidas. La despersonalización fue etiquetada con el término *cinismo* (Maslach et al., 2001) para enfatizar su relación con actitudes negativas (e.g., frustración, desilusión y desconfianza de las organizaciones, personas y grupos, etc.) (Anderson y Bateman, 1997; Dean, Brandes y Dharwadkar, 1998). Garden (1987) ha señalado que esta dimensión del *burnout* implica distintas actitudes que incluyen distanciamiento, hostilidad, rechazo e indiferencia.

Por último, la *baja realización personal* en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse/valorarse negativamente, con especial influencia en la habilidad para la realización del trabajo y en su relación con los clientes o usuarios. De este modo, los trabajadores se sienten insatisfechos consigo mismo y con sus resultados laborales. Significa la pérdida de confianza en la propia realización y la presencia de un autoconcepto negativo como resultado. La realización personal se ha relacionado con variables como la auto-eficacia (Bandura, 1987, 1989) y la indefensión

aprendida (Abrahamson, Seligman y Teasdale, 1978). Esta dimensión ha sido etiquetada también como reducida eficacia o ineficacia para enfatizar la percepción de baja eficacia, falta de realización, de productividad, e incompetencia (Leiter y Maslach, 2001). La relación de la baja realización personal con las otras dos dimensiones del síndrome es compleja. En algunos casos, parece ser una función del agotamiento emocional, de la despersonalización o de la combinación de ambas (Byrne, 1994; Lee y Asforth, 1996). No obstante, en otros estudios se ha observado que la baja realización personal se desarrolla en paralelo con las otras dos dimensiones (Leiter, 1993).

En resumen, la perspectiva psicosocial en el estudio del *burnout* asume (1) su consideración como un proceso que puede ser entendido en términos de estrés – tensión – marco de afrontamiento (Golembiewski y Rountree, 1986; Leiter, 1989); (2) una concepción transaccional del síndrome, a través de la cual es visto como una consecuencia de la interacción de las características personales del profesional con su contexto de trabajo (Lazarus y Folkman, 1986); (3) el desarrollo de sus manifestaciones de una manera paulatina (Gil-Monte y Peiró, 1997) y (4) la tridimensionalidad del síndrome (Burke, 1998; Gil-Monte y Peiró, 1997; Leiter y Durup, 1994; Shaufeli y Van Dierendonck, 1995). En el marco de esta perspectiva, se han desarrollado múltiples intervenciones que a continuación se resumen.

La Intervención del Burnout

Las intervenciones desarrolladas para prevenir y tratar el *burnout* pueden agruparse – siguiendo la revisión realizada por Gil-Monte y Peiró (1997)– en tres niveles: (1) el nivel cognitivo-conductual, mediante el desarrollo de estrategias dirigidas a eliminar o mitigar las fuentes de estrés, evitar su experiencia, o neutralizar sus consecuencias; (2) el nivel relacional de los profesionales, mediante el fomento del apoyo social en los equipos de trabajo; y (3) el nivel organizacional, mediante la eliminación o disminución de los estresores del contexto laboral.

A nivel cognitivo-conductual se han desarrollado intervenciones basadas en el concepto de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). Este concepto hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que las personas desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes de los recursos disponibles. Desde esta

aproximación, las intervenciones se centran en enseñarles a los profesionales a responder a las situaciones de estrés mediante la regulación de la respuesta emocional o la manipulación del problema. La *regulación de la respuesta emocional* ha estado indicada en personas que perciben que no pueden modificar los estresores del contexto laboral, e incluye el aprendizaje de estrategias de negación, evitación, distanciamiento del problema, etc. Estrategias comunes en este tipo de tratamiento son el entrenamiento y adquisición de habilidades para la expresión de emociones, manejo de sentimientos de culpa y técnicas de relajación. El *afrontamiento centrado en el problema* incluye estrategias dirigidas al entorno —que tratan de modificar las presiones ambientales—, y al profesional —que intentan modificar sus aspiraciones—. Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, en asertividad, en el manejo del tiempo, cambios en el estilo de vida, y otras habilidades relevantes para cambiar las demandas del entorno son tratamientos característicos de esta estrategia de intervención (Matteson e Ivancevich, 1987). Aunque las intervenciones centradas en el problema se han mostrado más efectivas, algunos estudios muestran la debilidad de los resultados obtenidos a largo plazo (Shaufeli, 1995).

En relación con las *intervenciones a nivel relacional* se han desarrollado estrategias dirigidas al fomento del apoyo social en el trabajo y a la mejora en la retroinformación sobre la ejecución laboral. Hobfoll y Freedy (1993) analizaron los efectos de intervenciones que promocionaban el *apoyo social* para prevenir el *burnout*. En estos programas, las enfermeras eran entrenadas a trabajar conjuntamente con compañeros y familiares para analizar los problemas que no podían resolver individualmente. Por su parte, Matteson e Ivancevich (1987) señalan los efectos positivos de la *retroinformación (feed-back)* sobre la ejecución laboral. Estas intervenciones tratan de corregir la información sesgada que frecuentemente reciben las enfermeras sobre cómo afecta su trabajo a las personas con las que trabajan. Para estos autores, todas las acciones positivas desarrolladas por el supervisor que mejoren la calidad de la interacción, pueden ser útiles para prevenir y/o reducir el *burnout*. Sin embargo, estos tratamientos no contemplan el apoyo socio-político como un atributo de la organización sino del propio individuo, lo cual compromete su utilidad y las posibilidades de cambio efectivo de la propia organización.

Por último, *las intervenciones a nivel organizacional* para prevenir el *burnout* han generado programas de socialización anticipatoria y procesos de desarrollo organizacional. Los *programas de socialización anticipatoria* pretenden dar a los profesionales una visión real del trabajo para que adquieran las destrezas necesarias que les permitan afrontar con éxito las dificultades del puesto. En ellos, los profesionales analizan la discrepancia entre cómo las tareas deberían realizarse según las creencias de los profesionales y la forma en que se deben de realizar. Kramer (1974), desarrolló un programa de este tipo para profesionales de enfermería, pero comprobó que preparar simplemente para los aspectos negativos del puesto —sin realizar cambios en el puesto de trabajo— no garantizaba que no surgiera el síndrome de *burnout*. Por su parte, los *programas de desarrollo organizacional* tienen como objetivo mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa. El énfasis del desarrollo organizacional se sitúa en los equipos formales de trabajo. Esta estrategia de intervención considera que la mayor parte de las personas estarán motivadas hacia el crecimiento y desarrollo personal, si se procura un ambiente que lo apoye y que resulte retador. La intervención se lleva a cabo mediante un conjunto de actividades, en las que los grupos se involucran en una tarea—o secuencia de tareas— cuyos objetivos están relacionados directa o indirectamente con la mejora organizacional. Las mejoras que se logren en el desempeño deben ser mantenidas por cambios apropiados en los subsistemas de evaluación, compensación, formación, asignación de puestos, tareas y funciones (Huse y Bowditch, 1986).

En síntesis, la intervención en el *burnout* se ha caracterizado generalmente por la utilización de un modelo centrado en el individuo, usualmente enfocada más a la recuperación que a la prevención, con una limitada efectividad. En estos tratamientos, las organizaciones tienen un papel secundario, de manera que persistentemente han centrado el peso de las acciones en el profesional. Incluso las intervenciones enfocadas a las organizaciones tratan de reducir la incidencia del síndrome —que se asume inevitable—, y de asegurar que los profesionales se adapten a las circunstancias desfavorables. Con el fin de abordar estas limitaciones, en este estudio empleamos una aproximación ecológica y psicopolítica que permite redefinir el *burnout* en términos de manifestaciones de

condiciones asimétricas de poder en los contextos laborales. La próxima sección recoge las bases conceptuales del enfoque psicopolítico y su aplicación a este síndrome.

El Enfoque Psicopolítico en el Estudio del *Burnout*

El enfoque psicopolítico es una orientación en la psicología comunitaria que enfatiza el rol que tiene las relaciones asimétricas de poder en el desarrollo de los problemas psicológicos. Éstos no son atribuidos exclusivamente a la fragilidad o vulnerabilidad de los propios individuos, sino a las dificultades impuestas para el desarrollo de sus capacidades y a la privación de oportunidades para manejarse en la vida haciendo uso de ellas (Prilleltensky, 2008).

Prilleltensky y Nelson (2001) y Nelson y Prilleltensky (2005) definen este enfoque como un intento de discernir los efectos opresores y emancipadores del quehacer psicológico. Desarrollan herramientas para la evaluación y construcción psicopolítica de las propuestas teóricas, procesos de investigación y estrategias de acción. Se formulan una serie de preguntas que tratan valorar en qué medida las propuestas teóricas y procesos de investigación/intervención orientan relaciones justas/simétricas de poder y se dirigen a la obtención de bienestar. Se incluyen los valores requeridos para la promoción de bienestar (i.e., colectivo, relacional y personal) y las asunciones para asegurar la ética científica. La Tabla 1 recoge los dominios y las preguntas que permiten valorarlos.

Tabla 1 Valoración psicopolítica del quehacer en psicología*

Dominio	Pregunta
<i>Valores para el Bienestar</i>	
Personal	¿Promueve expresiones de cuidado, empatía y preocupación por el bienestar emocional y físico de todos los seres humanos? ¿Promueve la capacidad de los individuos para perseguir sus metas sin excesiva frustración, considerando las necesidades de los demás?
Relacional	¿Promueve el respeto y valor por identidades sociales diversas? ¿Promueve procesos respetuosos e igualitarios que permiten a los ciudadanos participar en las decisiones que les afectan?
Colectivo	¿Promueve la asignación justa y equitativa de relaciones de poder, recursos y obligaciones en la sociedad? ¿Ayudan a estructuras colectivas vitales que promueven el bienestar para toda la sociedad?
<i>Asunciones acerca de</i>	
la Definición del Problema	¿Qué factores están incluidos en la definición del problema? ¿Han sido tenidos en cuenta los factores sociales y económicos relacionados con los factores psicológicos estudiados?
las Relaciones de Poder	¿Quién tiene más poder en las relaciones? ¿Tratan de establecer relaciones simétricas de poder?
la Ética Profesional	¿La ética profesional empleada promueve honestamente el acceso de los grupos destinatarios de las acciones? ¿Están los grupos a los que se destinan los hallazgos de investigación implicados en todos los procesos de toma de decisiones?
la Investigación y el Conocimiento	¿Cuál es el fin del conocimiento desarrollado? ¿Está el conocimiento subordinado a la moral o es independiente de esta? ¿Qué filosofía de la ciencia guía la investigación?
la Calidad de Vida	¿Qué concepción de calidad de vida son promovidas? ¿Están basadas en intereses particulares o en la cooperación?
la Sociedad	¿Qué concepciones de bien común/buena sociedad son promovidas? ¿Están basadas en perseguir la igualdad y la justicia social o en la ganancia personal a expensa de los otros?

* (Adaptado de Prilleltensky y Nelson, 2001)

Para los objetivos concretos de nuestro estudio, dos son los presupuestos de interés:

(1) *El rol de las asimetrías de poder en los problemas psicológicos*. La perspectiva tradicional ignora este rol y favorece una aproximación a los problemas psicológicos que culpa a las víctimas. Éstas son presentadas como personas con déficit moral, psicológico y/o emocional en vez de cómo individuos afectados por las desigualdades de poder, víctimas de condiciones de opresión (Ryan, 1976).

(2) *La visión ecológica de los problemas psicológicos*. La perspectiva ecológica atribuye el desarrollo de los problemas psicológicos a las dinámicas multinivel en individuos sometidos a condiciones opresoras e insalubres (Bronfenbrenner, 1979; Prillestensky y Nelson, 1997). La ideología dominante influye en las organizaciones y en los individuos a través de una compleja y dinámica interacción multinivel y multidimensional. Como consecuencia, la opresión incluye dimensiones individuales, relacionales, y colectivas, las cuales deben ser integradas entre los agentes que causan los problemas psicológicos (Nelson, Prillestensky y MacGillivray, 2001). De acuerdo con Martín Baró (1994) una respuesta psicológica aparentemente anómala puede ser la consecuencia de vivir en condiciones relacionales y/o colectivas realmente anómalas. La perspectiva ecológica exige una visión contextual de los problemas y requiere un conocimiento en profundidad de los escenarios en los que tienen lugar. Así, aunque los mecanismos que explican los trastornos psicológicos pueden ser comunes a diferentes circunstancias, las expresiones que adoptan están ligadas a características contextuales y culturales (Trickett, 1996; 2009).

Estas asunciones permiten observar los problemas psicológicos en términos de consecuencias derivadas de la exposición continuada a la vivencia de la opresión y las condiciones sociopolíticas, ambientales, estructurales en términos de condiciones opresoras. El síndrome de *burnout*, definido tradicionalmente como una respuesta psicológica anómala a las condiciones laborales, puede ser visto como una consecuencia de trabajar en condiciones laborales injustas e insalubres. A continuación se presentan los elementos del enfoque psicopolítico relevantes para este estudio, se discutirán las limitaciones de la perspectiva dominante y se propondrá una redefinición de sus variables explicativas.

Poder, Dinámicas de Opresión y Burnout en Enfermería

En palabras de Kanter (1977) poder es la “capacidad de movilizar los recursos para conseguir que las cosas sean hechas” (p. 210); Salancick y Pfeffer (1977) añaden “en la dirección en que uno quiere que lo sean” (pp. 417). El poder ha sido ampliamente estudiado en psicología comunitaria, admitiéndose que atraviesa todas las relaciones humanas — e.g., institucionales, afectivas, económicas — (ver Foucault, 1997; Martín- Baró, 1995; Montero, 2003; Parker, 1999; Sloan, 2000). Siguiendo la síntesis que realizan Klein, Ralls, Smith-Major y Douglas (2000) en el *Handbook of Community Psychology* para abordar el poder y la participación en el trabajo (273-295), el análisis de las relaciones de poder de las enfermeras en los hospitales vamos a introducirlo desde el modelo propuesto por French y Raven (1960) que enfatiza los *tipos* de poder y el de Salancick y Pfeffer (1977) que sitúa el *lugar* del poder en el punto de partida.

Según French y Raven (1960), hay que diferenciar cinco tipos de poder. El primero es el poder *legítimo*, que está basado en la posición que ocupa el individuo en la organización. El segundo tipo es el de *recompensa*, basado en las expectativas de recibir elogios, reconocimiento o pagos por la conformidad. El tercero es el *coercitivo*, basado en el miedo. El cuarto es el poder *experto*, que deriva de tener habilidades, experiencias o conocimientos específicos. Finalmente, el poder *referente* está basado en la personalidad y atractivo de los individuos. French y Raven emplearon esta taxonomía para distinguir fuentes de poder disponibles para un individuo en función de su posición en la organización y de sus características personales. El poder legítimo deriva de la posición del individuo en la organización. En contraste, el poder coercitivo o el de recompensa tienen un componente posicional y personal. Es decir, los líderes pueden tener autoridad para proporcionar recompensas y castigos, pero pueden aumentar su poder dado que sus subordinados desean ganar recompensas y escapar de los castigos. Finalmente, el poder experto y referente deriva de características personales; de manera que la organización no puede conferir tal poder.

Complementariamente, Salancick y Pfeffer (1977) entienden que “el poder deriva de una situación social en la cual una persona tiene la capacidad para hacer algo y otra no, aunque desee que sea hecho” (p.420). Este modelo tiene las siguientes implicaciones para el estudio del poder: (1) es conferido por unos individuos a otros; (2) es necesariamente compartido en organizaciones complejas;

y (3) las organizaciones que no reconocen los cambios críticos y no “asignan” poder como corresponde pueden finalmente fallar.

En psicología comunitaria, el estudio del poder ha sido abordado desde las perspectivas del *empowerment* – ganancia o disfrute de poder (Hombrado y Domínguez, 2007) y de la *opresión* – pérdida o privación del poder (Nelson y Prilleltensky, 2002). En este sentido, Klein et al., (2000) definen cuatro propuestas para entender las dinámicas del poder en las organizaciones:

(1) Tener poder personal es crucial para los profesionales que no tienen poder jerárquico. Esta proposición tiene sus raíces en la distinción que hace French y Raven entre fuentes de poder personal y posicional.

(2) El ejercicio del poder-experto proporciona mejores resultados para la organización que el ejercicio de poder-jerárquico. Es decir, reforzar el poder del experto sobre el poder de la jerarquía asegura mejores resultados para la organización. Reforzar el poder de la jerarquía solo asegura la propia jerarquía. Esta proposición tiene sus raíces en la combinación del modelo de French y Raven y de Salancik y Pfeffer, que sugieren que el ejercicio del poder experto es más adaptativo para las organizaciones, en tanto que el puramente jerárquico va en detrimento de la organización.

(3) Quienes ostentan el poder jerárquico no suelen estar dispuestos a perder su poder. Se resistirán e intentarán minar o eliminar los esfuerzos de los miembros que no tienen posiciones de poder por hacer valer su condición de experto. El modelo de Salancick y Pfeffer explica la resistencia de los jefes a perder su posición de poder.

(4) El contexto ambiental de la organización, su cultura y clima, influirán en el incremento—o privación—del poder de los profesionales en la organización, así como en la promoción—o sanción—de tales esfuerzos por parte de los jefes —quienes ocupan el poder jerárquico.

En definitiva, aunque favorecer el ejercicio del poder experto es beneficioso para los profesionales y los resultados de la organización, quienes ostentan el poder organizacional se resistirán por temor a perder su posición privilegiada y lo evitarán en profesionales que desafían sus posiciones.

Un supuesto de este estudio es que el poder implica tener capacidades personales, disfrutar de oportunidades y disponer de un sistema de regulación social que permita ejercerlo para el desarrollo personal y profesional. Sin embargo, en muchas ocasiones – como podemos derivar de los párrafos anteriores –, el poder se ejerce para adquirir privilegios sobre otros, a los que se somete a condiciones de opresión (Nelson y Prillestensky, 2005). Estas premisas son cruciales para analizar las posiciones de poder de las enfermeras en las organizaciones sanitarias, porque nos permiten asumir que su rol subsidiario de otros profesionales ha oprimido su poder experto y no les ha permitido legitimar posiciones de poder en la jerarquía organizacional.

La *opresión* hace referencia a relaciones de poder asimétricas, caracterizadas por la dominación y la subordinación, de manera que unos grupos —a través de mecanismos de control social— restringen el acceso a los recursos y la capacidad de respuesta a otros grupos (Bartky, 1990; Fanon, 1963; Freire, 1972; Memmi, 1968; Montero, 2003). Como *proceso*, la opresión implica modos institucionalizados de conducta a través de los cuales un grupo logra ejercer su dominio y control sobre otro, asegurando sus privilegios políticos, económicos y psicosociales (Mar'i, 1988). Como *resultado*, la opresión implica el sufrimiento derivado de la experiencia de la deprivación, exclusión, discriminación, explotación y/o control de la cultura, etc. (Prilleltensky y Nelson, 2001). Ambas coexisten y están mutuamente determinadas (Bartky, 1990; Bulhan, 1985; Moane, 1999; Walkerdine, 1996).

Vista como *proceso* nos referimos a su dimensión política, es decir, a la observación de las barreras materiales, económicas y legales que unos grupos emplean para lograr privilegios frente a otros. Los mecanismos políticos de la opresión pueden incluir el uso de la fuerza, etnocentrismo, control cultural, fragmentación social, control económico y la negación del derecho a cuestionar la autoridad (Bulhan, 1985; Moane, 1999, 2003). La opresión política se justifica culpando a los grupos oprimidos de su situación de desventaja, la cual es vista como una desviación de lo normativo, un rasgo de inferioridad, y una consecuencia de carecer de genes, cultura o características personales para vivir con éxito la vida. De acuerdo con Martín-Baró (1994), las causas profundas de la opresión hay que buscarlas en la ideología dominante y en las estructuras que la sostienen. Ideología y estructuras

generan experiencias diarias de violencia, pobreza, estrés, discriminación, que son naturalizadas e interiorizadas, de manera que la persona actúa como su propio censor (Moane, 1999; Mullaly, 2002; Prilleltensky y Gonick, 1996).

Como *resultado*, la opresión nos remite a su dimensión psicológica y refiere el fuerte dominio que ejerce el sometimiento sostenido a estrés sobre el rendimiento psicológico (hooks, 1994; Fanon, 1963). La persona psicológicamente oprimida interioriza una visión despectiva de sí misma, no se considera merecedora de recursos ni con derecho a participar en la sociedad, convirtiéndose —de este modo— en su propia opresora. La dinámica psicológica de la opresión conlleva su naturalización, es decir, la creencia de que el mundo es justo, conformidad, obediencia a la autoridad y miedo (Bulhan, 1985; Martín- Baró, 1995; Moane, 1999; Nelson y Prilleltensky, 2005; Prilleltensky, 2003; Prilleltensky y Gonick, 1996). Todos estos rasgos son incluidos en el concepto de *indefensión aprendida*, que hace referencia a cómo ante una situación de inferioridad permanente, la persona no actúa para lograr beneficios o evitar un mal, porque ha aprendido, por su experiencia, que lo que haga no sirve, adoptando una actitud de pasividad o apatía como la mejor forma de adaptarse a lo que percibe su destino (Seligman, 1975). Es decir, la opresión psicológica es la naturalización y asunción psicológica de las normas que los grupos dominantes imponen para mantener sus posiciones de privilegio. El siguiente texto de Bartky (1990) refleja el significado de la opresión psicológica:

Estar psicológicamente oprimido es estar empequeñecido en tu mente; es tener un duro dominio ejercido sobre tu autoestima. Las personas oprimidas psicológicamente empiezan a ser sus propios opresores; llegan a ejercer dominio sobre su propia autoestima. La opresión psicológica puede ser vista como la interiorización de los signos de inferioridad (p. 22).

Estas condiciones comúnmente se identifican con sentimientos de inferioridad o falta de seguridad y valoración. También han sido asociada a otros problemas psicológicos, tales como miedo, desesperanza, ira y vergüenza; dificultades para las relaciones sociales derivadas de la desconfianza, hostilidad horizontal y competitividad (Bulhan, 1985; Fanon, 1967; Freire, 1993; hooks, 1993; Miller, 1986).

A partir de estas premisas – como se refleja en la secuencia presentada en la Figura 1 – el enfoque psicopolítico ofrece un marco adecuado para entender el síndrome de *burnout* en las

enfermeras. Permite redefinirlo en términos de exposición—experiencias de opresión, a partir de (1) determinar las condiciones sociales asociadas con la opresión —ideológica e institucional— vinculadas al ejercicio de la profesión enfermera, y (2) identificar los patrones psicológicos asociados con la interiorización de la opresión.

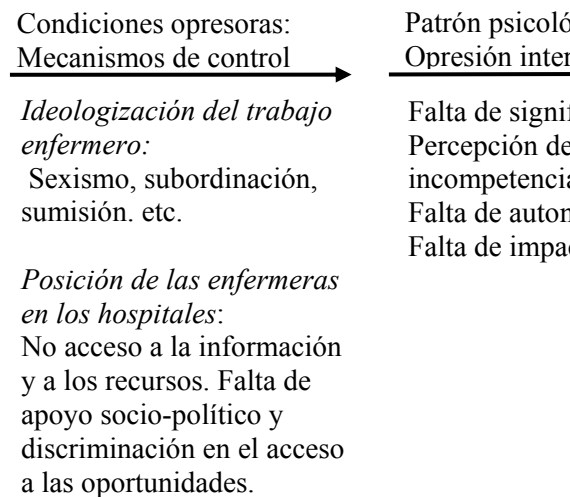


Fig. 1 Enfoque psicopolítico en el estudio del síndrome de *burnout*

En primer lugar, para determinar las condiciones opresoras asociadas al síndrome de *burnout* entre enfermeras, deben identificarse los principios y prácticas ideologizadas que sustentan los modelos sanitarios. En relación a la profesión enfermera —claramente relacionada con la mujer—, estos modelos le han atribuido contenidos anclados en la práctica de la subordinación, objetivados y transmitidos en prácticas educativas sexistas que enseñaban el rol de la sumisión (Jackson y Jones, 1998, O’Neill, 1992; Walkerdine, 1996). Las organizaciones hospitalarias han contado con una burocracia gestionada y dominada por el profesional de la medicina que ha definido un estatus para el profesional de enfermería que le ha impedido participar en las decisiones y acceder a los recursos de valor, para el ejercicio de la profesión. Respecto al patrón psicológico, el síndrome de *burnout* está asociado a la opresión interiorizada en tanto que fomenta un caldo de cultivo para que la enfermera (a) aprecie un desajuste entre sus valores profesionales y los de la organización, (b) no se considere competente para realizar las tareas propias de su actividad profesional, (c) pierda el control sobre su papel en la organización como consecuencia de la falta de autodeterminación e impacto y (d) asuma la situación como inalterable, desvinculándose de la meta, valores y propósitos de su profesión. En realidad, las manifestaciones del síndrome de *burnout* son asimilables a consecuencias extremas

derivadas de la interiorización de la opresión. Así, el agotamiento emocional se refleja en sentimientos de desesperanza, de indefensión, ansiedad, tensión. La despersonalización en conductas hostiles hacia los receptores de los servicios y compañeros, y actitudes negativas que implican frustración, desilusión y desconfianza de las organizaciones y personas. La falta de realización personal corresponde a la evaluación del self y se pone de manifiesto en un autoconcepto y autoestima negativo que incluye sentimientos de inferioridad y pérdida de confianza en la propia realización.

En resumen, la perspectiva psicopolítica permite abordar el síndrome de *burnout* como la consecuencia de la exposición continuada a condiciones socio-políticas, ideológicas y estructurales opresoras. En los hospitales, estas condiciones no están distribuidas al azar sino en base a relaciones de poder, en las cuales las enfermeras son un grupo subordinado. La naturalización e interiorización de estas condiciones opresoras generaran un patrón psicológico asimilable al denominado síndrome de *burnout*. En la siguiente sección se revisa la literatura que justifica la formulación del modelo de predicción del *burnout* a partir de las dimensiones de poder socio-político y psicológico. El impacto de las dimensiones de poder socio-político se analizará a través de las características habituales del trabajo enfermero propuestas por Gray-Toft y Anderson (1981) y las características organizacionales

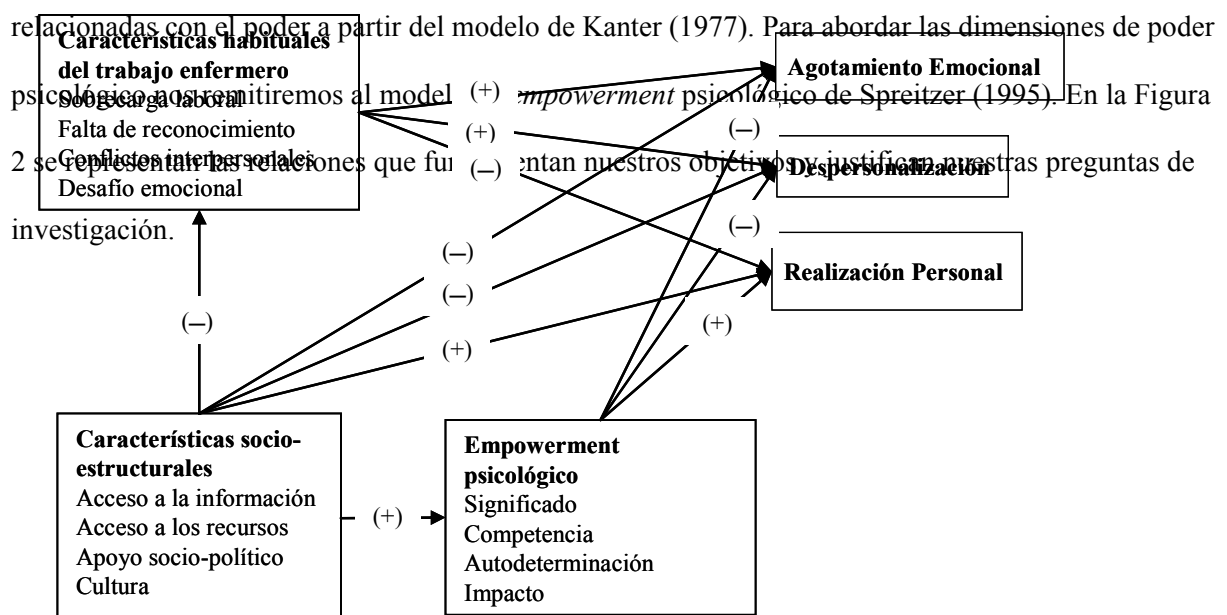


Fig. 2 Modelo de predicción del *burnout*

Relaciones entre Poder Socio-Político [Características del Trabajo Enfermero] y Burnout

El análisis del papel que juegan las características del trabajo enfermero en el desarrollo del *burnout* requiere observar el rol explicativo de la *ideología* y el proceso de la *habitación*. La *ideología* es un concepto de referencia en psicología comunitaria debido a la influencia en esta disciplina del pensamiento de Pablo Freire e Ignacio Martín-Baró (Nelson y Prilleltensky, 2005; Montero, 2006; Serrano-García, Pérez y Figueroa, 2008). Esta influencia se debe al rol que se le atribuye en la acción humana, la cual es “asignada por unos contenidos valorados y referidos históricamente a una estructura social” (Martín-Baró, 1983, p.17). La ideología no solo representa un conjunto de normas, ideas y valores que orientan la acción humana, también implica una imagen de la propia realidad, a la cual sustituye. Es decir, la ideología explica como inmutable lo que sólo es una realidad histórica, con el fin de justificar intereses grupales. Ofrece una interpretación de la realidad, suministra esquemas prácticos de acción, ejerciendo —en la práctica— la relación de dominio y reproduciendo el sistema social establecido (Martín-Baró, 1983). La ideología se actualiza en cada individuo, el cual “...vive sus acciones en, a través de y por la ideología...[de manera que su relación con el mundo]... es la ideología misma” (Martín-Baró, 1983, p.17). La ideología dominante refiere las ideas y valores que, dentro de un periodo histórico, legitiman las estructuras sociales y marca las relaciones de poder, las cuales parecen intrínsecas a los propios procesos, perpetuando el orden social establecido (Montenegro, 2002).

En este estudio sostenemos que la dominancia de una ideología sexista ha impregnado el quehacer de las enfermeras. A través de unos modelos de cuidados de salud y unas instituciones, esta ideología dominante ha asignado a los profesionales de la enfermería un rol que propicia una posición profesional oprimida, que facilita el surgimiento – cuando no causa directamente – problemas en la salud psicológica. A continuación valoraremos cómo la habituación a estas condiciones laborales favorece el desarrollo del síndrome de *burnout*. La forma en que la ideología dominante ha caracterizado el trabajo enfermero, puede ser observada a través de su propia historia, que refleja su asentamiento en (a) un sistema de género, (b) unas prácticas educativas orientadas a enseñar la sumisión y (c) un modelo de atención sanitaria que le otorga un rol basado en la subordinación. Dos de

los aspectos que expresan cómo la ideología es utilizada para establecer y mantener este *sistema de género* son:

(1) La *asignación de tareas y roles según el sexo*, correspondiendo a la mujer el trabajo de cuidar, actividad observada como la esencia en la profesión de enfermería (Canals, 1998).

(2) La *identidad de género de la profesión enfermera*, que atribuye a las mujeres un rol caracterizado por la sensibilidad, dulzura, obediencia, pasividad, dependencia y fragilidad, características que han sido utilizadas para describir cómo debe ser una enfermera (Alberdi, 1998; Pique, 2003).

Respecto a las *prácticas educativas orientadas a la subordinación*, la propia evolución de la enseñanza de la profesión enfermera en España es un buen ejemplo. El título de enfermera se instituyó en 1915, marcado por las características de sumisión y subordinación a la medicina y sus profesionales. En la siguiente cita de un manual de aquella época se refleja cómo es definida la enfermería:

La misión de la enfermera, tanto en el hospital como fuera de él, [...] es servir al médico, ayudándole asidua y dócilmente. [...] La misión de la enfermera consiste únicamente en ajustarse a la dirección dada y en ejecutar o hacer que se ejecuten las prescripciones.

La enfermera ha de sacrificar su opinión profesional, ya que puede darse el caso de que vea las cosas de distinto modo que el médico, pero aún en el caso de que ocurra, de que el médico puede haber sufrido un error en una dosis por ejemplo, es llamarle la atención haciéndole repetir la orden, pero siempre muy discretamente, y en forma que no se entere el paciente (Pijoan, 1915: 54)

Posteriormente – a partir de 1953 – la formación que se imparte en la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), está orientada a un modelo de profesión sanitaria de ayuda al médico. Los modelos educativos continúan perfilando un profesional claramente orientado a atender, obedecer y ayudar al profesional de la medicina. La profesión se consideraba un saber menor, una profesión manual y práctica, que para ejercerla se requería pocos conocimientos teóricos. Su formación consistía en un adiestramiento técnico, donde lo importante era ejercitarse en la realización de técnicas. Esto convertía a la disciplina en un saber incompleto, subyugado a la medicina, y a la enfermera en una “hábil e inteligente ayudante” o un “médico imperfecto” (Rey, 1974, pág.22) a quien siempre debía pedir consejo sin fiarse de su propio parecer (Rey, 1957, p.55).

Estar dispuesta siempre a recibir consejos y avisos antes de actuar. La enfermera no debe fiarse de su propio parecer en casos dudosos. Mucho menos anteponer su opinión a la de las personas competentes. Menos aún a la del médico, superior suyo. (Rey, 1957, p.55).

Miró-Bonet, Gastaldo y Gallego-Caminero (2008) señalan que el entramado discursivo de relaciones de poder transmitidos en los manuales no fue objeto de transformaciones ni rupturas, por lo que en los manuales editados en 1974 y 1975 aparecían los mismos elementos discursos que en los publicados en 1956 y 1957. Esta continuidad es atribuida a la interiorización, por parte de los autores/as de los discursos sociales, históricos y profesionales dominantes en aquella época.

La ideología dominante también se ve reflejada en el *modelo de atención sanitaria*. Durante gran parte del siglo veinte el eje del sistema sanitario ha girado alrededor de los hospitales, articulado en torno a un modelo de asistencia técnico-biologicista, acorde con el concepto de salud predominante, i.e., la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en los últimos treinta años, la asunción de nuevos modelos de atención sanitaria hace que los cuidados de enfermería hayan ido adquiriendo cada vez mayor relevancia. De este modo, el objetivo del trabajo enfermero ha dejado de pivotar alrededor de la ayuda a otro profesional—el médico—, para estructurarse en relación al paciente, a sus requerimientos de ayuda para seguir un tratamiento, para controlar o manejar su enfermedad o para abordar con éxito una situación de riesgo para su salud o bienestar.

La nueva propuesta es un modelo de atención centrado en la promoción, educación, prevención y rehabilitación, y no exclusiva—ni necesariamente—en la curación; el cual gira en torno al paciente. Se supera un modelo basado en el médico y se propone un modelo basado en el paciente. A pesar de ello, la autonomía en las actividades de las enfermeras apenas es visible en el ámbito hospitalario, dónde continúa prevaleciendo la hegemonía del profesional médico y unas características organizacionales que hacen difícil a las enfermeras influir en asuntos relacionados con sus propias actividades. Por ejemplo, en relación con actividades vinculadas a la investigación, la participación de las enfermeras en los ensayos clínicos no es reconocida; la sobrecarga laboral les impide realizar actividades educativas con los pacientes y familiares, prestarles cuidados de naturaleza psicosocial, etc. Todas estas actividades están, sin embargo, incluidas en su nuevo rol profesional.

Sólo tras superar muchas barreras, pueden desarrollar su abanico de prestaciones profesionales, a las que—muy a menudo—acaban renunciando con el consiguiente deterioro de su realización profesional y de los servicios que prestan. A través del proceso de la *habituación*, la perspectiva psicopolítica explica la renuncia a este protagonismo, y cómo las prácticas opresoras se imponen y perpetúan a través de comportamientos obsoletos y dañinos. El *hábito* es el mecanismo de transmisión mediante el cual las estructuras sociales son incardinadas en las actividades sociales diariamente (Bourdieu, 1985). De esta forma, las enfermeras se habitúan a las características opresoras del trabajo, que son vistas como naturales y normales. Estas situaciones habituales del quehacer de las enfermeras —general —y eufemísticamente denominadas estresores—, son, entre otras, la sobrecarga laboral, relación con pacientes y familiares problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones, conflicto de roles, escasas posibilidades de promoción profesional y falta de apoyo (Gil - Monte, 2002; Gray-Toft y Andersen, 1981).

Muchos estudios han identificado el impacto de características del trabajo similares en el síndrome de *burnout* (ver Shaufeli y Enzmann, 1998). Por ejemplo, desequilibrios entre altas demandas y pocos recursos y la presencia de conflictos (entre personas, valores, o demandas del rol) se encuentran consistentemente en situaciones en la que los trabajadores sufren el síndrome de *burnout*. Como se ha visto anteriormente, las características del trabajo enfermero en los hospitales son generadoras de situaciones de gran coste emocional (contacto con la muerte, el dolor, el sufrimiento, requerimientos de respuestas rápidas, grandes cargas de trabajo, etc.), lo que puede explicar la alta prevalencia de síndrome de *burnout* (Blegen, 1993; Bourbonnais, Comeau, Vezina, y Guylaine, 1998; Butterworth, Carson, Jeacock, White, y Clments, 1999; Gil-Monte, 1995; Greenglass, Burke y Fisembaum, 2001; Irving y Evans, 1995; Mc Vicar, 2003).

Por tanto, la definición como estresores de las características que acompañan el trabajo cotidiano de las enfermeras en los hospitales, supone en buena medida una banalización del desafío emocional al que se enfrentan durante su jornada laboral y que éste se naturalice bajo la etiqueta de un síndrome psicopatológico. A partir de estas consideraciones, en este estudio asumimos que la

concepción actual del trabajo enfermero tiene un papel mediador entre las características socio-estructurales de las organizaciones hospitalarias y el síndrome de *burnout*. De acuerdo con Oldham y Hackman (1981), anticipamos que el acceso a los recursos, a la información, al apoyo sociopolítico y a una cultura en la unidad de trabajo que enfatice la importancia del capital humano y la participación, influyen en las características del trabajo enfermero. También esperamos, de acuerdo con hallazgos de estudios previos acerca de los determinantes del estrés en enfermería (Blegen, 1993; Irving y Evans, 1995; McVicar, 2003), que las características que definen la naturaleza del trabajo enfermero (e.g. sobrecarga laboral, contacto con la muerte, problemas con otros miembros del equipo, interrupciones continuas, etc.) relacionen positivamente con agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Relación entre el Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y Burnout

Una asunción central de este estudio es que la perspectiva dominante del *burnout* ha prestado insuficiente atención a la influencia de las características socio-estructurales en su desarrollo. En esta sección se describe el modelo de *empowerment* estructural descrito por Kanter (1977; 1993), que nos va a permitir identificar las características socio-estructurales vinculadas al poder socio-político en las organizaciones y relacionarlas con las que han sido incluidas en los modelos explicativos del *burnout*. Posteriormente analizamos el impacto que estas características tienen en el rendimiento psicológico de los trabajadores, en términos de síntomas del *burnout*.

El modelo de *empowerment* estructural de Kanter (1977, 1993) ha sido ampliamente utilizado en la investigación que ha vinculado las características socio-estructurales de poder con resultados positivos en las organizaciones. Este modelo tiene sus raíces en las teorías del intercambio y poder social (Blau, 1964) y parte de las siguientes asunciones: (a) el trabajo no es una relación aislada entre el trabajador y la actividad, sino que está influida por el escenario del trabajo y la sociedad en la que tiene lugar; (b) el comportamiento de los profesionales en las organizaciones es adaptativo, las personas son reflexivas y cómo se comportan y sienten, reflejan su percepción de la situación; (c) sus comportamientos reflejan una respuesta razonable a la posición que ocupan en la organización; y (d) los comportamientos están también relacionados con el acceso a las estructuras formales de poder e

informales de la organización. El estudio que sirvió a Kanter de base para el desarrollo de este modelo fue *Men and Women of the Corporation* (1977), que mostraba como las mujeres eran a menudo *tokenizadas* como consecuencia de ser minoritarias en las organizaciones, y como su avance hacia el éxito era impedido por la falta de acceso a las *características socio-estructurales de poder*

Kanter (1977), señala que las conductas del trabajador son más reactivas a las características socio-estructurales de las organizaciones (i.e. acceso a la información, a los recursos, el apoyo socio-político, y las oportunidades para aprender y crecer) que a las de su propia personalidad. La esencia del *empowerment* estructural es que el poder sea compartido entre superiores y subordinados, con el objetivo de tener capacidad y oportunidad para tomar decisiones en los niveles más bajos de la jerarquía organizacional (Liden y Arad, 1996). De este modo, el poder significa tener autoridad formal o control sobre los recursos organizacionales y capacidad para tomar decisiones relevantes para la realización del trabajo o para asumir el rol en la organización (Lawler, 1986). Kanter (1977) propone que el acceso a las características socio-estructurales en las organizaciones influye en la efectividad e implicación o, por el contrario, en el abandono del trabajo.

Estudios realizados en muestras de enfermeras han comprobado que el acceso a las características socio-estructurales de poder esta relacionado con el compromiso organizacional (Beaulie, Shamian, Donner y Pringle, 1997; McDermott, Laschinger y Shamian, 1996; Wilson y Laschinger, 1994). Del mismo modo, ha sido apoyada la proposición de Kanter (1977) de que aquellos profesionales que ocupan una posición más alta en la jerarquía organizacional tienen más oportunidades y un mayor acceso a condiciones socio-estructurales de poder (Beaulie et al., 1997; Goddard y Laschinger, 1997; Haugh y Laschinger, 1996; Laschinger y Shamian, 1994; Wilson y Laschinger, 1994). El modelo de Kanter también ha ofrecido apoyo empírico a la línea de investigación sobre los hospitales “magnéticos” desarrollada por Aiken, Havens y Sloane (2000). En estos estudios se ha comprobado que el acceso al poder juega un importante papel en la retención de las enfermeras en sus puestos de trabajo; de hecho, son denominados hospitales imanes porque reúnen características que atraen y retienen a las enfermeras. En una encuesta a 5006 enfermeras de 32 hospitales británicos, Rafferty, Ball y Aiken, (2001) encontraron que un mayor control sobre los

recursos esta asociado con mayores niveles de autonomía de las enfermeras y mayor implicación en la toma de decisiones. Algunos estudios realizados en Estados Unidos y Canadá han utilizado el modelo de Kanter (1977) para explorar las relaciones entre las características socio-estructurales de poder y el *burnout* en enfermeras. Así, Laschinger y sus colaboradores han generado apoyo empírico a esta teoría en diversos estudios, que han puesto de manifiesto la relación entre el *burnout* y la falta de acceso a la información, a los recursos y, al apoyo socio-político (Aiken et al. 2000; Hatcher y Laschinger, 1996; Kramer y Schmalenberg, 1993; Laschinger et al., 2003; Laschinger, et al., 2001; Laschinger et al., 2004; Leiter y Laschinger, 2006; Manojlovich y Laschinger, 2007; O'Brien, 1997).

En definitiva, la mayor parte de la investigación sobre *empowerment* estructural, ha sido dirigida a valorar fundamentalmente su impacto a nivel organizacional, en términos de mejoras en la calidad de los productos y servicios (Gutthrie, 2001; Huselid, 1995; Lawler, 2001; MacDuffe, 1995; Wright, Gardner y Moynihan, 2003). En cambio, se ha prestado menor atención a sus efectos en el rendimiento psicológico de los profesionales. Para abordar esta laguna, en este estudio se discute cómo las dimensiones incluidas en los modelos explicativos dominantes del *burnout* responsabilizan al propio profesional de padecer *burnout*, atribuyéndole características que son la expresión y la consecuencia de las condiciones socio-estructurales en las que trabajan.

En primer lugar, Kanter afirma que los trabajadores que tienen mayor *acceso a la información* pueden tomar decisiones más acertadas, porque les permite conocer (a) las metas de la organización, (b) cómo su trabajo puede contribuir a ellas, (c) la pericia requerida para funcionar efectivamente y (d) entender sus roles en la organización (Bowen y Lawler, 1992; Kanter, 1977). Incluye el flujo de la información hacia abajo (transmisión clara de metas y responsabilidades, estrategias de la dirección, etc.) y hacia arriba (relacionada con las actitudes de los trabajadores y mejora de las ideas). Implica crear transparencia en la información, de modo que los empleados tengan una visión clara de las conductas que afectan al rendimiento de la empresa.

En los modelos explicativos del *burnout*, la falta de acceso a la información ha sido abordada desde las variables incertidumbre y ambigüedad de rol. La incertidumbre se refiere a la diferencia entre la cantidad de información necesaria para realizar una tarea y la cantidad de información que el

profesional posee de la organización (Galbraith, 1973). Puede estar referida al flujo de trabajo –cuando el profesional carece de información sobre cambios que se producen en las dinámicas diarias (Slocum y Sims, 1980), y a la tarea –cuando la falta de información hace que no se pueda prever el progreso del trabajo (Bodt y Van Tuyl, 1988). Por otra parte, la ambigüedad de rol se refiere a la incertidumbre que tiene el individuo que lo desempeña respecto al mismo por falta de información. La literatura ha sostenido que la ambigüedad puede estar producida por un déficit de información que impide un adecuado desarrollo del rol profesional. Diversos estudios, han destacado el papel predictor de la ambigüedad de rol en el síndrome de *burnout* (Gil-Monte, Valcárcel y Zornoza, 1995; Kilfedder, Power y Wells, 2001; Turnipseed, 1998). Observamos cómo ambas variables han sido medidas como un déficit de los profesionales y no como una característica socio-estructural de la organización, tal como proponemos en nuestro modelo explicativo.

El *acceso a los recursos* se refiere la capacidad de los individuos para acceder a cuanto es requerido para realizar el trabajo (Bowen y Lawler, 1992; Kanter, 1977). Es decir, comprende no solo el acceso a los recursos de tipo material, sino también a los recursos humanos y a los relacionados con el espacio y el tiempo. Diversos estudios han señalado la importancia del acceso a los recursos en el control de las contingencias ambientales (Gist y Mitchell, 1992), y cómo la falta de acceso a ellos en las organizaciones expresa falta de poder y dependencia en los trabajadores (Homans, 1958). En la perspectiva dominante del estudio del *burnout* encontramos diversos modelos explicativos que incluyen variables relacionadas con la falta de acceso a los recursos. Así, el modelo de Golembwieski, Munzenrider y Carter (1983), el de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), y el de Cox, Kuk y Leiter (1993) explican el *burnout* en base a la discrepancia entre las demandas laborales y los recursos del trabajador. Estos modelos tienen en común un enfoque centrado en el individuo, cuyas dificultades de afrontamiento de las demandas laborales son señaladas como la causa de la aparición del *burnout*. Sin embargo, la situación que sufre el profesional también podría ser interpretada como la falta de poder para acceder y gestionar los recursos que necesitan para responder a dichas demandas. En base a ello, en el modelo que proponemos en este estudio se incorpora el acceso a los recursos como característica socio-estructural de poder de la organización.

El *apoyo sociopolítico* es definido como la aprobación, ayuda y legitimidad de varios elementos organizacionales y es típicamente obtenido por los miembros en las redes organizacionales que proporcionan recursos claves para hacer el trabajo (Brass y Burkhardt, 1993; Ibarra, 1993; Kanter, 1983). El apoyo social ha sido considerado una variable de gran relevancia en el estudio del *burnout*, incluida en diversos modelos explicativos, tales como el de Conservación de Recursos (MCR) de Hobfoll y Fredy (1993) y el de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

En relación con el vínculo teórico entre apoyo social y el *burnout*, Hobfoll (1985, 1988), – (ver también Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001) y Leiter, (1993) – argumentan que el apoyo social es efectivo porque ayuda a reforzar los aspectos positivos del self, que pueden verse afectados por dicho síndrome (Swann y Predmore, 1985). De este modo, sugieren que si los recursos de apoyo social refuerzan la imagen positiva de uno mismo, la despersonalización puede ser también menor y podría aumentar también la realización personal.

Relacionada con el apoyo social se encuentra la falta de equidad en los intercambios sociales, variable incluida en el modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993), que sitúa la causa del *burnout* en: (a) los procesos de intercambio social con los pacientes y (b) los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. En enfermeras se ha observado una relación positiva entre la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios sociales y la dimensión agotamiento emocional (Buunk y Schaufeli, 1993) y negativa con realización personal (Buunk y Schaufeli, 1993; Gil-Monte, 2001a).

También se ha contemplado en la literatura la influencia del tipo y fuente de apoyo. En estudios realizados en enfermeras se ha observado que el apoyo social instrumental y emocional ofrecido por los compañeros y supervisores disminuyen los niveles del *burnout* (Albar et al., 2004; Constable y Russell, 1986; Eastburg, Williamson, Gorsuch, y Ridley, 1994; Elloy, Terpening y Khol, 2001; Gil-Monte, 2001a; Greenglass, Burke y Konarsky, 1997). Asimismo, el apoyo social también ha mostrado tener una función moduladora del estrés en contextos laborales (Albar y García-Ramírez, 2005; Atance-Martínez, 1997; Gil-Monte, 2001a; Gil-Monte y Peiró, 1997). Sin embargo, la literatura ha presentado frecuentemente el apoyo social como una característica del individuo y su capacidad

para establecer una adecuada y efectiva red. En cambio, nosotros –de acuerdo con Kanter—, consideramos que el apoyo social depende en buena medida de la disponibilidad que ofrece el contexto de recursos humanos con potencial de ayuda y de las oportunidades que ofrece para establecer vínculos con ellos. Por tanto, en nuestro modelo se observa el apoyo socio-político como una dimensión de la organización.

Finalmente, *la oportunidad* refiere las posibilidades que tiene el profesional para el aprendizaje y avance dentro de la organización. Se ha demostrado que las culturas de las unidades de trabajo que enfatizan el valor crítico del capital humano son las que ofrecen mayor garantía para el crecimiento y desarrollo profesional. En dichas culturas se valora la iniciativa, la creatividad y la libertad de los trabajadores (Bowen y Lawler, 1992) en oposición a aquellas que se rigen por el orden y la previsión (Evered y Selman, 1989). Se ha demostrado que la cultura organizacional desempeña un papel relevante en la dimensión social de la conducta, pues en la medida en que todos los miembros compartan la misma cultura y los mismos significados sobre la organización, es posible alcanzar un orden social predecible y anticipar las conductas y actitudes que de ese orden se van a derivar (Joyce y Slocum, 1984).

Desde la perspectiva dominante del estudio del *burnout*, la cultura organizacional es un constructo contemplado en el modelo de Winnubst (1993), que señala que los distintos tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Cropanzano, Howes, Grandey y Toth (1997) proporcionan evidencia empírica al modelo de Winnusbst al comprobar que la cultura organizacional y el apoyo institucional percibido por los empleados de diferentes organizaciones explican porcentajes significativos de varianza en el *burnout*. Sin embargo, algunos aspectos han ocupado menos atención de los investigadores. Una burocracia profesionalizada – como son los hospitales –, se caracteriza por la estandarización de habilidades y baja formalización, promueve la igualdad de oportunidades, y refuerza la creatividad y la autonomía. En este estudio sostenemos que los hospitales discriminan a las enfermeras, no en la definición de las oportunidades que les ofrecen sino en sus efectos. Es decir, el acceso a las oportunidades es definido de manera similar a otros profesionales, pero de acuerdo a un conjunto de procedimientos que han sido diseñados, construidos y

evaluados con indicadores que favorecen a esos otros profesionales. En consecuencia, definidas asimétricamente las oportunidades, la “igualdad de oportunidades” se convierte en una retórica alienante.

Nuestro estudio se sustenta en la premisa de que una cultura organizacional que reconozca la importancia del capital humano, prevenga la discriminación y fomente la participación efectiva y real en posiciones de poder relacionará negativamente con *burnout*. En oposición, éste relacionará positivamente con una cultura organizacional que fomenta la laxitud, una igualdad de oportunidades ficticia, que dificulta el reconocimiento de las barreras, que origina disfunciones en el rol y propicia conflictos interpersonales.

Relación entre Poder Psicológico y Burnout

El modelo de *empowerment* psicológico descrito por Spreitzer (1995) nos permitirá identificar la influencia en el síndrome de *burnout* de las dimensiones de poder psicológico en el trabajo, i.e., significado, competencia, autodeterminación e impacto. A partir de estas dimensiones, se discutirán las características psicológicas individuales valoradas en la perspectiva dominante del *burnout* desde el modelo de competencia de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). De acuerdo con las asunciones previas, al final de esta sección se justificará la inclusión en el modelo en estudio del papel mediador que las dinámicas psicológicas de opresión —opresión interiorizada— tienen en el desarrollo del síndrome de *burnout*.

El *empowerment* psicológico refiere un conjunto de cogniciones necesarias para que el individuo tenga un sentido de control en su trabajo. Spreitzer (1997) propone un modelo que tiene sus antecedentes en los trabajos de Conger y Kanungo (1988) y de Thomas y Velthouse (1990). Para los primeros, el *empowerment* es un “proceso de aumento de la auto-eficacia entre los miembros de la organización a través de la identificación [y supresión] de las condiciones que promueven la falta de poder” (Conger y Kanungo, 1988, p. 484). Los segundos ampliaron esta idea y desarrollan un marco teórico que articula el *empowerment* como una motivación intrínseca manifestada en cuatro cogniciones que reflejan su orientación al trabajo—i.e., significado, competencia, elección e impacto. Estas cogniciones— a su vez, están influidas por el ambiente del trabajo. Para asegurar que captaban la

esencia del poder, Spreitzer (1997) revisó la literatura sobre *empowerment*, procedente de la psicología, sociología, trabajo social y educación, y encontró apoyo para las cuatro dimensiones.

Este modelo ha permitido observar relaciones positivas entre el poder psicológico y comportamientos proactivos (Zimmerman, 1990; Zimmerman y Zahniser, 1991); conductas innovadoras y efectivas (Spreitzer, 1995; Spreitzer, Kizilos y Nason, 1997); satisfacción con el trabajo (Spreitzer, et al., 1997) y productividad (Koberg, Boss, Senjem y Goodman, 1999). También, se ha obtenido apoyo empírico en diversos estudios realizados en enfermeras que han valorado su relación con resultados positivos en el trabajo, en términos de mayor compromiso con la organización (Kramer et al., 1999) y mayor rendimiento (Siebert, Silver, y Randolph, 2004; Spreitzer, 1997). A continuación se describen las cuatro dimensiones del modelo de *empowerment* psicológico de Spreitzer, y a partir de ellas, se discute cómo estas variables han sido tratadas en la perspectiva dominante del *burnout* y cómo deben ser incluidas en una perspectiva que amplía e integra el papel de las dimensiones de poder.

El *significado* implica un ajuste entre los requerimientos del rol en el trabajo y los valores, creencias, y conductas de la persona (Brief y Nord, 1990; Hackman y Oldham, 1980; Spreitzer, 1995, 1996, 1997). En este sentido, Harrison (1983) hace referencia al valor altruista que tienen la mayoría de los individuos que trabajan en profesiones de ayuda. Así, observa cómo uno de los factores “barrera” que dificulta la actividad del trabajador es el desajuste entre los valores del profesional y la institución; es decir la falta de significado. La falta de significado hace que los sentimientos de eficacia disminuyan, lo que a largo plazo origina el *burnout*. Por otra parte, Pines (2002) incorpora la idea de que sólo los profesionales que intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegarán a sufrir el *burnout*. Así, los sujetos altamente identificados con sus trabajos —al que atribuyen un significado existencial—, desarrollaran el *burnout* cuando fracasan en la consecución de sus objetivos; es decir, ante el desajuste entre su alta valoración del trabajo y sus pobres resultados. Spreitzer et al., (1997) muestran una relación significativa entre significado y percepción de tensión en el trabajo. Los individuos para los que su trabajo tiene un alto significado, presentan mayores niveles de tensión

cuando sus objetivos no se cumplen, esperándose que tengan una mayor probabilidad de sufrir el *burnout*.

La *competencia* tiene sus raíces en la teoría social cognitiva de Bandura (1987, p.416) sobre la auto-eficacia percibida, definida como “las creencias del individuo sobre sus capacidades para organizar y realizar las conductas necesarias para alcanzar los resultados deseados”. Gist (1987) señala que la competencia como dimensión psicológica de poder refiere la autoeficacia específica en el trabajo, es decir la creencia en la propia capacidad para realizar las actividades del trabajo con habilidad. Conger y Kanungo (1988) también recomiendan que el poder psicológico sea definido utilizando términos de Bandura (1986, 1987) como sentimientos de auto-eficacia. Diferentes modelos explicativos sobre el *burnout* han considerado la autoeficacia como una variable clave para explicar su aparición (Cherniss, 1993; Harrison, 1983; Meier, 1983), e incluso algunos autores han afirmado que este síndrome puede ser entendido como una crisis de autoeficacia (Leiter, 1992). Diversos estudios han observado que los individuos con alta eficacia perciben también un alta realización personal en el trabajo (Brouwers y Tomic, 2000; Evers, Brouwers y Tomic, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997; Lee y Asforth, 1990; Ozer y Bandura, 1990), menos agotamiento emocional (Lee y Asforth, 1990; Gil-Monte y Peiró, 1997; Zellars, Pérrewe y Hochwarter, 1999), y menos despersonalización (Brouwers y Tomic, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; Lee y Asforth, 1990). También se ha identificado su papel como variable moduladora en el desarrollo del *burnout* (Cherniss, 1993; Gil-Monte et al., 1998; Thompson et a., 1993).

Por otra parte, la competencia percibida, definida como una creencia general sobre el grado en que uno mismo es capaz de conseguir las metas y objetivos deseados (Wallston,1992), ha sido contemplada en el modelo explicativo del *burnout* de Harrison (1983). El estudio de Lee y Ashforth (1996) aporta apoyo empírico a este modelo y otros estudios sugieren un efecto mediador en la relación entre ambigüedad de rol y realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1996; 1999). Grau, Llorens, Burriel, Salanova y Agut (2004) comprobaron un efecto directo de la competencia percibida en el *burnout* y mediador entre las características organizacionales y este. Spreitzer et al., (1997) también sugieren que los sujetos que se perciben más competentes es menos probable que

sientan tensión en el trabajo, dado que la competencia influye en los esfuerzos y en el afrontamiento de situaciones desafiantes y en las expectativas de altas metas y rendimiento. Por lo tanto, a mayor competencia percibida de los profesionales lo esperable será menores niveles del *burnout*.

La *autodeterminación* refleja un sentido de regulación de las acciones. Se define como la percepción que uno tiene sobre la autonomía o control en la ejecución de su trabajo (Deci y Ryan, 1985; Deci, Connel, y Ryan, 1985). Esta dimensión es consistente con la noción de control personal en el trabajo (Greenberg y Strasser, 1991; Greenberg, Strasser, Commings, y Dunham, 1989), la cual refleja la autonomía en el proceso de toma de decisiones, es decir, sobre cómo y cuando las tareas tienen que ser emprendidas. Así pues, la autodeterminación está relacionada con las nociones de control y autonomía. Diferentes estudios sugieren que esta variable puede ser un predictor significativo del *burnout* por los efectos directos observados en la realización personal en el trabajo y en la despersonalización (Melchior, Vanderberg, Halfens, Abu-Saad, 1997; Turnipseed, 1998).

El *impacto* es la percepción que tiene el trabajador de su influencia estratégica, en los resultados de la organización. El impacto refleja el sentido de control que tiene el empleado en los resultados de la organización o la creencia de que uno puede marcar una diferencia en el trabajo. Seigall y Gardner y (2000) encontraron que el impacto estaba fuertemente relacionado con un aumento en la satisfacción laboral y reducción de estrés. No obstante, la influencia de esta variable en el *burnout* ha sido escasamente valorada en la literatura, desconociéndose el tipo de efecto a través del cual ejerce su papel protector.

En resumen, la mayoría de los estudios han analizado la influencia del *empowerment* psicológico en relación con el rendimiento de los profesionales en las organizaciones. Sin embargo, los estudios que han abordado su impacto en la salud del trabajador son insuficientes y lo han abordado de manera fragmentada. (véase Hatcher y Laschinger (1996); Laschinger, Finegan, y Shamian (2001); Laschinger, Finegan, Shamian y Almost (2001). Por tanto se requieren estudios que integren las dimensiones del *empowerment* psicológico y de poder sociopolítico como antecedentes del *burnout*.

Complementariamente, nuestro estudio va a explorar el papel mediador del poder psicológico entre las características socio-estructurales y el síndrome de *burnout*. El papel mediador (véase Barón y Kenny, 1986) de las dimensiones de *empowerment* psicológico, se basa en el supuesto de que las características socio-estructurales causan el burnout a través de fomentar un estado psicológico de opresión – denominado opresión interiorizada – que afecta a las actitudes y comportamientos en el trabajo. Hay un importante conjunto de literatura que ha analizado estos efectos (véase por ejemplo Morgeson y Campion, 2003). A continuación se muestra la literatura que apoya la inclusión en nuestro modelo predictivo del papel mediador del poder psicológico en la relación entre características socio-estructurales y rendimiento psicológico; se discutirá que estos efectos no han sido suficientemente analizados en relación al síndrome de *burnout* y se justificará su inclusión entre los objetivos de nuestro estudio.

Entre los estudios realizados para identificar las características socio-estructurales de las organizaciones que generan poder psicológico en los empleados, destacan los de Foster-Fishman y Keys (1997) que resaltan la influencia de la subcultura de las organizaciones; Gutiérrez, GlenMaye, y DeLois (1995) realizaron un estudio cualitativo en 27 organizaciones de servicios e identificaron que el liderazgo de los gestores y el apoyo eran importantes características para generar poder psicológico de los empleados. Maton y Salem (1995) observaron que una cultura de crecimiento, una estructura organizacional que brindara a los empleados oportunidades para múltiples y significativos roles, el liderazgo compartido y sistemas de apoyo basados en iguales, eran aspectos claves de una organización que generan poder psicológico entre sus empleados. Lawler (1992) destaca el apoyo sociopolítico, el acceso a la información, a los recursos y la cultura de la unidad de trabajo. La influencia de estas dimensiones en el poder psicológico fueron confirmadas por Laschinger et al., (2004), Siu, Laschinger y Vingils (2005) y Spreitzer (1995). Específicamente, se ha observado que el acceso a los recursos aumenta el sentimiento de auto-eficacia y control sobre las contingencias ambientales (Bowen y Lawler, 1992; Gist y Mitchell, 1992). El acceso a la información facilita el de autoeficacia (Gist y Mitchell, 1992), ayuda a crear un sentido de significado (Conger y Kanungo, 1988), aumenta la capacidad de los individuos para tomar e influir en las decisiones conforme a las

metas y misiones de la organización (Lawler, 1992) y es un ingrediente crítico para la autonomía (Nonaka, 1988). En cuanto al apoyo socio-político, se ha observado que ser miembros de redes de apoyo influye en sentimientos de autodeterminación e impacto (Crozier, 1964). Estos hallazgos han sido contrastados en estudios realizados en muestras de enfermeras (Laschinger, et al., 2001; Laschinger et al., 2003; Laschinger et al., 2004; Leiter y Laschinger, 2006; Sabiston y Laschinger, 1995). Además, estos resultados apoyan la idea de Kanter (1993) de que la tensión en el trabajo no depende solo del nivel de demandas, como se ha puesto de manifiesto repetidamente en estudios de enfermería, dado que se minimiza cuando se les da a los profesionales control sobre sus decisiones. De ahí, que el acceso a posiciones de poder en la organización sean importantes herramientas para que los empleados puedan realizar efectivamente su trabajo.

Spreitzer (1995) identificó el papel mediador del poder psicológico en relación con conductas efectivas e innovadoras en directivos de una empresa y sugiere que las cuatro dimensiones pueden tener distintos efectos mediadores. En algunos estudios, se ha puesto de manifiesto el papel mediador del poder psicológico entre las características socio-estructurales de poder y *burnout* en enfermeras (Hatcher y Laschinger 1996; Sims, 1997; Laschinger et al, 2001; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002), pero utilizando una medida global de *empowerment* psicológico. Sin embargo, faltan estudios que analicen el rol mediador diferencial de las distintas dimensiones de *empowerment* psicológico en el *burnout*. En esta línea, nuestro estudio integra entre sus objetivos la identificación del rol mediador que tienen cada una de las dimensiones de poder psicológico.

Objetivos, Hipótesis y Diseño del Estudio

Conceptualmente, el marco teórico de este estudio relaciona la dimensión política y psicológica del poder con el síndrome de *burnout*, entendido éste como el conjunto de síntomas derivados de la experiencia de opresión laboral. La dimensión política del poder hace referencia a las características del trabajo enfermero y al acceso a las características socio-estructurales del contexto laboral, la dimensión psicológica refiere las cogniciones que necesitan las enfermeras para tener un sentido de control en relación con su trabajo.

La dimensión socio-política del poder se hace operativa en este estudio a través de (a) las características incluidas en el modelo de *empowerment* estructural de Kanter (1977), y (b) las características del trabajo enfermero propuestas por Gray-Toft y Anderson (1981). La dimensión psicológica se valora mediante el modelo de *empowerment* psicológico de Spreitzer (1995). Las manifestaciones de opresión a través de los síntomas del *burnout*, i.e. agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. En base a la revisión anterior nos planteamos los objetivos que a continuación se relacionan.

Objetivo general

Evaluar el *burnout* en una muestra de enfermeras de hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) e identificar las dimensiones de poder estructural y psicológico que predicen su presencia, así como el papel mediador de las características del trabajo de enfermería y de las distintas dimensiones de *empowerment* psicológico.

Objetivos específicos

Objetivo 1

Identificar la prevalencia de los síntomas del *burnout* en las participantes del estudio.

Hipótesis 1: Las enfermeras que han participado en este estudio presentan niveles medios y bajos de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Objetivo 2:

Identificar características sociodemográficas y laborales asociadas a los síntomas del *burnout*. Referido a las variables sociodemográficas se han considerado el sexo, la edad y estado marital; en relación a las características laborales se han tenido en cuenta los años de experiencia profesional, el turno, el hospital y la unidad de trabajo.

Hipótesis 2.1: No existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del *burnout* en función del hospital.

Hipótesis 2.2: La edad está inversamente relacionada con el agotamiento emocional, la despersonalización y directamente relacionada con la realización personal.

Objetivo 3

Determinar la relación entre las dimensiones del poder socio-político [características socio-estructurales] con el *burnout*. Para ello, probaremos las siguientes hipótesis:

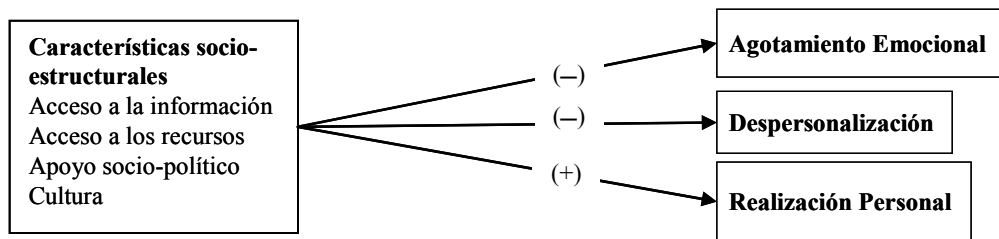


Fig. 3 Relaciones entre poder socio-político [características socio-estructurales] con el *burnout* que van a ser probadas

Hipótesis 3.1: El acceso a los recursos está inversamente relacionado con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización y directamente con (c) la realización personal.

Hipótesis 3.2: El acceso a la información está inversamente relacionada con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización y directamente con (c) la realización personal.

Hipótesis 3.3: El apoyo socio-político está inversamente relacionado con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización y directamente con (c) la realización personal.

Hipótesis 3.4: La cultura de la unidad de trabajo que enfatice la importancia del capital humano y la participación está inversamente relacionada con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización y directamente con (c) la realización personal.

Objetivo 4

Determinar la relación entre las dimensiones de poder psicológico con el *burnout*. Para ello probaremos las siguientes hipótesis:

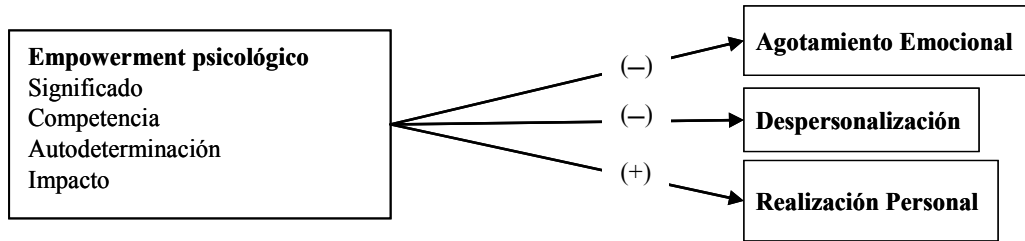


Fig. 4 Relaciones entre poder psicológico y *burnout* que van a ser probadas.

Hipótesis 4.1: El significado está inversamente relacionado con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización; y directamente relacionado con (c) la realización personal.

Hipótesis 4.2: La competencia está inversamente relacionada con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización; y directamente relacionada con (c) la realización personal.

Hipótesis 4.3: La autodeterminación está inversamente relacionada con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización; y directamente relacionada con (c) la realización personal.

Hipótesis 4.4: El impacto está inversamente relacionado con (a) el agotamiento emocional y (b) la despersonalización; y directamente relacionado con (c) la realización personal.

Objetivo 5

Determinar las relaciones entre poder socio-político [características socio-estructurales] y las dimensiones de poder psicológico.

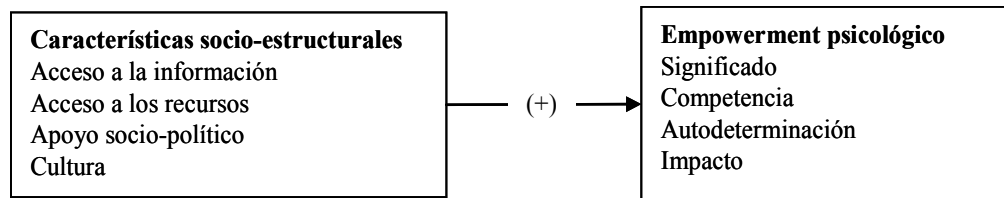


Fig. 5. Relaciones entre poder socio-político [características socio-estructurales] y poder psicológico que van a ser probadas

Hipótesis 5.1: El acceso a los recursos está directamente relacionado con (a) el significado, (b) la competencia, (c) la autodeterminación y (d) el impacto.

Hipótesis 5.2: El acceso a la información está directamente relacionada con (a) el significado, (b) la competencia, (c) la autodeterminación y (d) el impacto.

Hipótesis 5.3: El apoyo socio-político está directamente relacionado con (a) el significado, (b) la competencia, (c) la autodeterminación y (d) el impacto.

Hipótesis 5.4: La cultura de la unidad de trabajo que enfatice la importancia del capital humano y la participación está directamente relacionada con (a) el significado, (b) la competencia, (c) la autodeterminación y (d) el impacto.

Objetivo 6

Determinar el papel mediador que tienen las dimensiones del poder psicológico entre el poder socio-político [características socio-estructurales] y los síntomas del *burnout*.

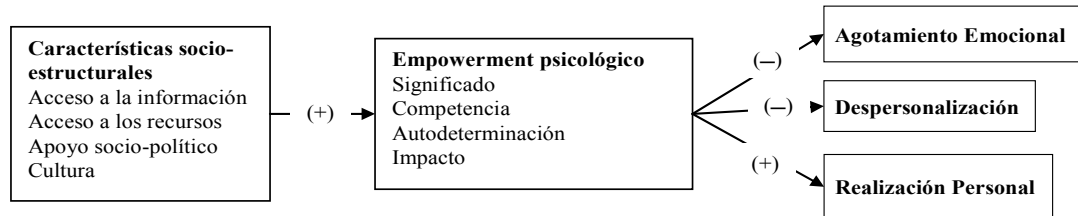


Fig. 6 Relaciones de mediación del poder psicológico que van a ser probadas

Hipótesis 6.1: El acceso a los recursos tiene un efecto indirecto en los síntomas del *burnout* a través de las dimensiones (a) significado, (b) competencia, (c) autodeterminación e (d) impacto.

Hipótesis 6.2: El acceso a la información tiene un efecto indirecto en los síntomas del *burnout* a través de las dimensiones (a) significado, (b) competencia, (c) autodeterminación e (d) impacto.

Hipótesis 6.3: El acceso al apoyo sociopolítico tiene un efecto indirecto en los síntomas del *burnout* a través de las dimensiones (a) significado, (b) competencia, (c) autodeterminación e (d) impacto.

Hipótesis 6.4: La cultura de la unidad tiene un efecto indirecto en los síntomas del síndrome de *burnout* a través de las dimensiones (a) significado, (b) competencia, (c) autodeterminación e (d) impacto.

Objetivo 7

Determinar el papel mediador que tienen las características del trabajo enfermero entre las características socio-estructurales y *burnout*.

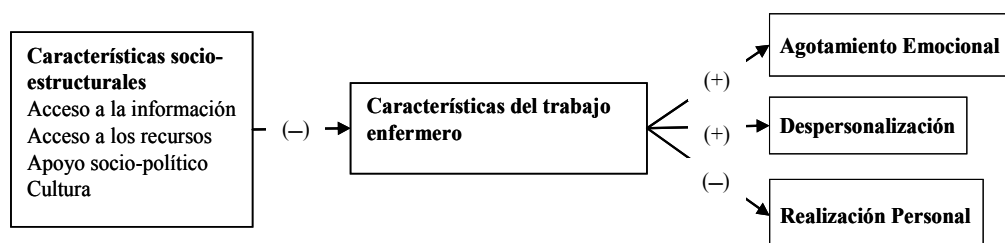


Fig. 7 Relaciones de mediación del poder socio-político [características del trabajo enfermero] que van a ser probadas

Hipótesis 7.1: El acceso a los recursos tiene un efecto indirecto el *burnout* a través de las características del trabajo enfermero

Hipótesis 7.2: El acceso a la información tiene un efecto indirecto en el *burnout* a través de las características del trabajo enfermero

Hipótesis 7.3: El apoyo sociopolítico tiene un efecto indirecto en el *burnout* a través de las características del trabajo enfermero

Hipótesis 7.4: La cultura de la unidad tiene un efecto indirecto en el *burnout* a través de las características del trabajo enfermero

Diseño de la Investigación

Debido a que el enfoque psicopolítico busca hallazgos científicos que contribuyan a la emancipación de colectivos oprimidos, Prilleltensky (2008) y Christen y Perkins (2008) recomiendan un nuevo criterio de validez en la investigación denominada *validez psicopolítica*, lo cual afecta a la elección del diseño de la investigación.

Validez psicopolítica refiere el grado en el cual la investigación aborda las cuestiones de asimetría de poder y fomenta acciones dirigidas al cambio en las estructuras sociales en busca de justicia social y bienestar. La investigación psicopolítica no solo se ocupa de explicar relaciones entre variables, sino que pone especial énfasis en su potencial transformativo. En esta dirección, el diseño y métodos de investigación deben evitar la consideración de los participantes como sujetos pasivos analizados por expertos y debe amplificar su voz durante todo el proceso de la investigación, transformándolo en un proceso de incremento de poder o *empowerment*.

Este estudio trata de responder a estas exigencias. En primer lugar, yo misma – tal como puede observarse en el Apéndice C –, como investigadora principal de este estudio, soy enfermera, habiendo desempeñado responsabilidades clínicas, gestoras, docentes e investigadoras en uno de los hospitales donde se ha realizado esta investigación. El resto de los investigadores que han participado en el desarrollo de este estudio son también enfermeras de estos hospitales. Desde la formulación de las preguntas de investigación, elección de instrumentos, realización de encuesta y conclusiones, éste es un estudio que ha sido llevado en su totalidad por enfermeras de los hospitales participantes. Además, esta investigación ha tenido continuidad en un proyecto posterior dirigido a desarrollar buenas prácticas para fomentar e incrementar la capacidad de las enfermeras para tomar decisiones en el afrontamiento de sus condiciones de trabajo y la transformación de los escenarios laborales. Esta línea de investigación enfatiza la investigación acción participativa como herramienta y enfoque que asegura la participación de las enfermeras, su autodeterminación y el trabajo colaborativo (Morano, Albar y García-Ramírez, 2008, en prensa).

En otro orden de cosas, el enfoque psicopolítico apoya el pragmatismo en la metodología de investigación. Reinharz, (1992) y Wilkinson (2000) entienden que las cuestiones de metodología deben subordinarse a la filosofía y a las metas de la investigación psicopolítica, centradas en exponer y erradicar las injusticias sociales. Rappaport y Stewart (1997) han afirmado que la investigación psicopolítica es por sí misma una investigación abierta a nuevos métodos de investigación, siempre que la consecución de las metas lo requieran. Desde este enfoque, el empleo de la investigación cuantitativa de encuesta ha sido recomendado por Martín-Baro, (1986); Reinharz (1992) y Wilkinson (2000) en circunstancias similares a las de este estudio. En base a estas consideraciones nosotros optamos por un diseño no experimental ex post facto, transversal y mediante encuesta. Este diseño nos permite justificar suficientemente las relaciones anticipadas entre las variables de poder político y psicológico, así como sus consecuencias en el rendimiento profesional de las enfermeras.

III. MÉTODO

En esta sección, primero describiremos la población y muestra que ha sido objeto de estudio. A continuación los instrumentos que hemos utilizado y las propiedades psicométricas que garantizan el ajuste a nuestra población. Finalmente se describen el procedimiento de recogida de datos, los aspectos éticos contemplados y las herramientas estadísticas empleadas en el tratamiento de la información.

Población y Muestra

La población de estudio está constituida por 1.550 diplomados en enfermería que desarrollamos nuestro trabajo en los tres hospitales pertenecientes al nivel de atención especializada del SSPA [Sistema Sanitario Público de Andalucía] en la ciudad de Sevilla, i.e., Hospital Virgen Macarena, Hospital Virgen del Rocío y Hospital Nuestra Señora de Valme. Una información detallada sobre los centros y servicios que constituyen la red pública de salud de Andalucía se encuentra en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>.

A fin de obtener una muestra que tuviera una variabilidad similar a la población, ésta se estratificó en función de la variable “unidad asistencial” en cada uno de los centros hospitalarios. Resultaron cuatro estratos que eran internamente homogéneos respecto a las cargas de trabajo de los profesionales, i.e., unidades médico-quirúrgicas, de cuidados críticos, pediatría y, urgencias. A partir de listados de profesionales proporcionados por las Direcciones de Enfermería de cada centro, se eligieron los participantes utilizando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Como criterios de inclusión se emplearon: a) llevar más de un año trabajando en el hospital, b) estar en activo durante la recogida de datos, y c) tener un contrato fijo o interino prolongado. En caso de que la enfermera seleccionada no reuniera los criterios de inclusión se elegía a la siguiente de la lista.

Para el cálculo del tamaño muestral, dado que se desconocían indicadores previos de prevalencia del síndrome de *burnout* en las enfermeras de los hospitales, el número que debía componer la muestra de cada hospital, se determinó asumiendo el 50% como la estimación de

proporción de presencia del burnout en la población de estudio, un nivel de confianza del 95% y, un error del 10%. Para conocer el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q / i^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q, \text{ siendo}$$

n = tamaño muestral

$Z_{\alpha} = 1.96$ valor de la curva normal, para el nivel de confianza que establecido ($\alpha = 0.05$)

N = tamaño de la población

p = prevalencia esperada del parámetro a evaluar, en nuestro estudio $p = .5$;

q = $1 - p$, es decir $q = .5$

i = error que se prevé cometer, en nuestro caso asumimos el 10%.

Las estimaciones obtenidas fueron de 185 profesionales en el Hospital Virgen Macarena, 200 en el Hospital Virgen del Rocío y 125 en el Hospital Nuestra Señora de Valme. Accedieron a participar en el estudio 372, por lo que la tasa de respuesta fue del 72.94%. En el proceso de depuración de los datos, 81 cuestionarios fueron desechados por presentar muchos ítems sin respuesta. De los 272 cuestionarios válidos para el análisis, el 37.9% correspondían al Hospital Virgen Macarena, un 38.2% al Virgen del Rocío y, el 23.9% al Hospital de Valme. A continuación se exponen las características sociodemográficas y laborales de la muestra total y las correspondientes a cada hospital.

Muestra total: el rango de edad de las participantes osciló entre 23 y 62 años, con una media de 40.40 años (DT = 7.56). El 76.8% eran mujeres. El 61.4% de los participantes estaban casados, un 20.6% soltero, un 6.6% separado, un 9.9% vive en pareja y, un 1.5% viudo. La experiencia profesional se encontraba en un rango de 2 a 36 años, con una media de 16.65 años (DT = 7.08). El 50.0% de la muestra realizaba su trabajo en unidades Médico/Quirúrgicas, un 18.8% en Cuidados Críticos, un 19.5% en Urgencias y un 11.8% en Pediatría. El 40.6% trabajaba con un turno rotatorio (una semana de mañana, una de tarde y tres o cuatro noches semanales), seguido del 24.7% en un turno denominado antiestrés (dos mañanas, dos tardes y dos noches), el 15.1% en fijo de mañana, el 6.6% en fijo de noche y, el restante en fijo de tarde.

Hospital Virgen Macarena: el rango de edad de los participantes oscilaba entre un mínimo de 25 años y un máximo de 62, con una media de 40.45 años (DT = 7.04). El 80.2% eran mujeres. El 57.3% de los participantes estaban casados, un 23.3% soltero, un 6.8% separado, un 10.7% vive en pareja y, un 2% viudo. La experiencia profesional se encontraba entre 2 y 33 años, con una media de 16.77 años (DT = 7.19). El 53.4% de la muestra realizaba su trabajo en unidades Médico/Quirúrgicas, un 14.6% en Cuidados Críticos, un 24.3% en Urgencias y un 7.8% en Pediatría. El 66% trabajaba con un turno rotatorio, seguido del 15.5% en el antiestrés; el 11.7% en fijo de mañana, el 5.8% en fijo de noche y, el restante en fijo de tarde.

Hospital Virgen del Rocío: el rango de edad de los participantes oscilaba entre un mínimo de 23 años y un máximo de 60, con una media de 40.71 años (DT = 8.29). En cuanto al sexo, el 71.3% eran mujeres. El 62.7% de los participantes estaban casados, un 18.6% soltero, un 8.8% separado, un 2% viudo y, un 7.8 % vive en pareja. La experiencia profesional se encontraba en un rango entre 2 y 36 años, con una media de 17.03 (DT = 8.07). El 50.6% de la muestra realizaba su trabajo en unidades Médico/Quirúrgicas, un 24.7% en Cuidados Críticos, un 11.3 % en Urgencias y un 13.4 % en Pediatría. El 27.6% trabaja en turno rotatorio, el 39.8% en el antiestrés, el 14.3% en fijo de mañana, el 9.2% en fijo de noche y, el resto en fijo de tarde.

Hospital Nuestra Señora de Valme: el rango de edad de los participantes oscilaba entre un mínimo de 25 años y un máximo de 58, con una media de 40.10 años (DT = 7.16). El 60% son mujeres. El 64.1% de los participantes estaban casados, un 17.2% soltero, un 12.5% vive en pareja, un 3.1% separado y, un 3.12 % viudo. La experiencia profesional se encontraba en un rango entre 4 y 30 años, con una media de 16.43 (DT = 6.89). El 48.4% de la muestra realizaba su trabajo en unidades Médico/Quirúrgicas, un 25.8 % en Urgencias, un 19.4 % en Cuidados Críticos y, un 6.5 % en Pediatría. El 39% trabaja en turnos de 12 horas, 23.7% en fijo de mañana, el 18.6% en el antiestrés, el 5.1% en fijo de noche, el 9.2% en fijo de noche y, el 1.7 % en fijo de tarde.

Para comprobar la homogeneidad de la población de estudio se compararon los perfiles demográficos de las muestras de los tres hospitales realizando diferentes análisis de varianza (ANOVA), cuyos resultados ponen de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente

significativas en relación con la edad, $F(2, 269) = 0.149$, $p = .891$; ni en los años de experiencia profesional $F(2, 269) = 0.107$, $p = .898$. Con respecto a la distribución de las variables estado civil y sexo en los tres hospitales tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas. Los valores del test Chi Cuadrado, para el estado marital, fueron $\chi^2 = 4.06$; $p = .851$ y para la variable sexo $\chi^2 = 3.90$; $p = .831$.

Descripción de los Instrumentos de Medida

Se elaboró una encuesta con los siguientes instrumentos: registro de características sociodemográficas y laborales, escala de características socio-estructurales, escala de características del trabajo, escala de empowerment psicológico y el MBI (Maslach Burnout Inventory). A continuación se exponen las evidencias que apoyan la validez y fiabilidad de las medidas utilizadas en este estudio. Hemos incluido los resultados informados por los investigadores que inicialmente desarrollaron cada escala y algunas otras evaluaciones psicométricas de interés para nuestro estudio. Finalmente se aportan los datos correspondientes a la exploración de las propiedades psicométricas realizada en la muestra estudiada. En relación con las escalas de características socio-estructurales y de empowerment psicológico, que han sido adaptadas al castellano, se ha realizado un análisis factorial exploratorio. Las restantes han sido sometidas a un análisis factorial confirmatorio. En el Apéndice A se presenta la encuesta.

Registro de Datos Sociodemográficos y Laborales

Se elaboró un registro ad hoc para medir las variables sociodemográficas y laborales que en la bibliografía han mostrado estar relacionadas con el síndrome de burnout. Entre ellas se encuentra el sexo (Atance 1997; Lozano y Montalban, 1999; Muñoz, López, Fernández, Medina, Pérez y Torrente, 2001b); la edad (Atance-Martínez 1997; Muñoz et al., 2001b); el estado marital (i.e. soltero/a, casado/a, pareja, separado/a, viudo/a) (Leiter, 1990; Atance-Martínez, 1997); años de antigüedad en el puesto de trabajo (Farber, 1984; Atance 1997; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001); la unidad de

trabajo (i.e. médicas/quirúrgicas, cuidados intensivos/coronarias, urgencias, pediatría), el turno (i.e. rotatorio, fijo de mañana, fijo de tarde, fijo de noche, antiestrés, 12 horas) (Gil-Monte y Peiró 1997).

Escala de Características Socio-Estructurales

En nuestro estudio se empleó una versión en castellano de las cuatro subescalas elaboradas por Spreitzer (1995). Para su realización Spreitzer empleó los siguientes materiales: (a) las características socio-estructurales de los contextos laborales que incrementan el poder de sus trabajadores propuestas por Kanter (1977) y Lawler (1992), i.e. apoyo sociopolítico, acceso a la información estratégica y a los recursos, y (b) la escala *Competing Values Model of Organizational Culture*, desarrollada por Quinn y Spreitzer (1991) que mide la creatividad, participación e importancia del capital humano. Todos los ítems se valoran en una escala tipo Likert de siete puntos, del 1 al 7, desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.

La subescala de *apoyo sociopolítico* está compuesta de cuatro ítems que miden las percepciones individuales del nivel de apoyo de varios elementos de la organización, en un rango desde subordinados a compañeros y superiores (e.g., “Tengo el refuerzo que necesito de mis compañeros para hacer bien mi trabajo”). La subescala para evaluar el *acceso a la información* tiene tres ítems que miden el acceso a la información estratégica de la organización, conocimiento de las metas y estrategias de la unidad de trabajo, la visión o perspectiva organizacional y la información necesaria para realizar el trabajo (e.g., “Tengo acceso a la información que necesito para hacer bien mi trabajo”). De igual modo, la subescala que mide el *acceso a los recursos* contiene tres ítems que recogen información sobre el acceso a los recursos materiales, espaciales y temporales (e.g., “Puedo obtener los recursos para desarrollar nuevas ideas y mejorar el trabajo en mi unidad”). Por último, la *cultura de la unidad* se midió con una subescala de cinco ítems que valoran cómo las características en la unidad de trabajo reconocen el valor crítico del capital humano y la importancia otorgada a la participación, creatividad e iniciativa en los trabajadores (e.g., “En mi unidad hay procesos creativos de solución de problemas”). Spreitzer (1995) obtuvo un coeficiente alfa de Crombach de .76, .85, .87 y .86 en cada una de las subescalas y, de .86 en la escala total y un análisis factorial confirmatorio mostró que las cuatro subescalas eran distintas entre sí.

En este estudio, dado que es la primera vez que se utiliza esta escala entre enfermeras en España, se sometió a un proceso de traducción y retrotraducción y sus características psicométricas se valoraron a través de: (a) una descripción estadística de los ítems de la escala mediante el cálculo de las medias, desviaciones estándar y coeficientes de correlación de Pearson; (b) una exploración de su dimensionalidad mediante un análisis factorial exploratorio, utilizando el criterio de Kaiser (autovalores > 1) para retener factores y como método de extracción se utilizó el de la máxima verosimilitud con rotación Varimax (King & Mueller, 1986, 1988), y (c) cálculo de la fiabilidad de la escala total y de las subescalas a través del coeficiente alpha de Crombach. En la Tabla 2 (ver pág. 65) se muestran las medias, desviaciones estándar y correlaciones entre los ítems de la escala.

Respecto a la dimensionalidad de la escala, la Tabla 3 muestra los resultados del análisis factorial exploratorio. El criterio de Kaiser proporcionó una solución en cuatro factores. Los cuatro factores extraídos explicaban el 74.56% de la varianza, siendo el Factor I, el que aporta un mayor porcentaje de explicación de la varianza (47.72%). Los criterios utilizados para definir los factores fueron, por un lado, que la saturación de los ítems fuera mayor que 0.30 (Gorsuch, 1983). Por otro lado, si un ítem saturaba por encima de 0.30 en más de un factor, se consideró que contribuía al factor, el que tenía una saturación mayor.

Tabla 2 Estadísticos descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson entre los ítems de la escala Características Socio-Estructurales

Items	M	DS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Apoyo1	3.87	1.78													
2. Apoyo2	5.06	1.47	.42**												
3. Apoyo3	4.52	1.63	.41**	.59**											
4. Información1	4.79	1.53	.44**	.37**	.32**										
5. Información2	3.36	1.61	.32**	.20**	.24**	.22**									
6. Información3	3.22	1.76	.38**	.22**	.29**	.25**	.26**								
7. Recursos1	3.92	1.81	.41**	.35**	.39**	.38**	.48**	.48**							
8. Recursos2	3.52	1.68	.48**	.25**	.31**	.3**	.47**	.33**	.42**						
9. Recursos3	3.40	1.62	.53**	.36**	.41**	.40**	.47**	.35**	.38**	.64**					
10. Cultura1	3.68	1.61	.36**	.41**	.43**	.40**	.35**	.34**	.37**	.45**	.41**				
11. Cultura2	3.43	1.81	.38**	.36**	.39**	.33**	.31**	.32**	.31**	.37**	.40**	.43**			
12. Cultura3	3.26	1.69	.50**	.34**	.34**	.33**	.31**	.41**	.45**	.47**	.52**	.52**	.68**		
13. Cultura4	3.26	1.79	.43**	.33**	.36**	.37**	.29**	.42**	.44**	.52**	.54**	.52**	.71**	.62**	
14. Cultura5	4.23	1.74	.40**	.49**	.50**	.51**	.28**	.30**	.30**	.38**	.34**	.39**	.64**	.50**	.57**

**p<0.01

En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en nuestra muestra fueron de .81 en la subescala de Apoyo; .73 en la de acceso a la información; .86 en acceso a los recursos; .90 en cultura de la unidad y .84 en la escala total.

Tabla 3 Matriz de componentes rotados de la escala características socio-estructurales

Ítems	FI	FII	FIII	FIV
Apoyo1			.35	
Apoyo2			.72	
Apoyo3			.71	
Información1			.80	.95
Información2				.76
Información3				.48
Recursos1		.64		
Recursos2		.83		
Recursos3		.70		
Cultura1	.73			
Cultura2	.70			
Cultura3	.80			
Cultura4	.76			
Cultura5	.75			
% de varianza	47.72	10.68	8.90	7.24
% acumulado de varianza				74.56

Características del Trabajo Enfermero: Escala de Estrés en Enfermería

Esta escala fue elaborada por Gray-Toft y Andersen (1981) para evaluar la frecuencia con la que ciertas situaciones del trabajo son percibidas como estresantes por las enfermeras en el ámbito hospitalario. Dichas situaciones fueron identificadas por los autores a partir de la literatura revisada y de entrevistas en profundidad. Es una escala autoadministrada, que consta de 34 ítems que hacen referencia al ambiente físico, psicológico y social del trabajo, e.g., “*Recibir críticas de un médico*”, “*No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente*”. Aunque la escala original presenta una estructura factorial integrada por siete factores (i.e. muerte y sufrimiento, problemas con los profesionales de la medicina, preparación insuficiente, falta de apoyo, problemas con otros miembros del equipo de enfermería, cargas de trabajo e incertidumbre en el tratamiento), se comprobó también que existía un factor común de segundo orden, que permite el cálculo de una puntuación total de estrés mediante la suma de las respuestas a cada ítem.

Las respuestas se sitúan en función de la frecuencia con que experimenta el profesional cada situación: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2) y muy frecuentemente (3). Por tanto, el rango de puntuaciones de la escala total oscila entre 0 (ausencia de estrés) a 102 (altos niveles de estrés). Esta escala ha sido utilizada en estudios recientes que exploran relaciones de los estresores con el apoyo social, estrategias de afrontamiento, características demográficas y salud física y psíquica de los trabajadores (Hamaideh, Mrayyan, Mudallal, Faouri y Hasawneh, 2008; Kennedy, 2005), e informan de unos coeficientes alpha de Crombach aceptables entre 0.85 y 0.92.

Para la adaptación de la escala al castellano, Mas y Escribá (1998) utilizaron el método de traducción – retrotraducción. En la escala adaptada se eliminó el primer ítem de la escala original (avería del ordenador) y se incluyó uno nuevo (interrupciones frecuentes en el trabajo). El análisis factorial exploratorio identificaba nueve factores relacionados con situaciones que provocaban estrés: muerte y sufrimiento, cargas de trabajo, incertidumbre respecto al tratamiento, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente, falta de apoyo, no conocer el manejo y funcionamiento de un equipo especializado, problemas entre el personal de enfermería, pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal. La escala mostraba una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Crombach = .92).

Para los fines de nuestro estudio, forzamos un análisis factorial confirmatorio para obtener una sola dimensión. Asignando el mismo peso a cada ítem, la estructura resultante tenía un buen ajuste ($\chi^2 = 1571.71$, $df = 560$, $p = .00000$, $RMSEA = 0.081$). El coeficiente alfa de Crombach obtenido era de .91.

Escala de Empowerment Psicológico

La escala de *empowerment* psicológico desarrollada por Spreitzer en 1995 ha sido utilizada en más de 50 estudios, muchos de ellos realizados en contextos laborales de cuidados de salud. Spreitzer parte del supuesto de que el *empowerment* psicológico no es un constructo global generalizable a diferentes situaciones y roles de la vida, sino específico para el dominio del trabajo.

Para medir el *empowerment* psicológico relacionado con el trabajo, Spreitzer (1995) utilizó escalas independientes para cada una de las cuatro dimensiones que definen este constructo (i.e significado, competencia, autodeterminación e impacto). Los criterios que utilizó para seleccionar las escalas fueron los siguientes: (1) las escalas tenían que enfocarse en una dimensión solamente, (2) tenían que ser adaptables a un formato común para facilitar la administración (e.g., escala tipo Likert de siete puntos) y (3) tenían que enfocarse en la experiencia individual de una dimensión más que en la descripción del ambiente del trabajo que podía resultar de esa experiencia. Como consecuencia, los ítems de la escala *significado* fueron tomados directamente de Thomas y Tymon (1994) y Tymon (1988) y midían el ajuste entre los requerimientos del rol laboral y los valores profesionales; los de *competencia* proceden de la escala de autoeficacia de Jones (1986) y valoran las creencias que tiene el profesional en su capacidad para realizar las actividades laborales con habilidad; los de la escala de *autodeterminación* fueron adaptados de la escala de autonomía de Hackman y Oldham (1985) y miden la percepción de autonomía o control que tiene el profesional para ejecutar su trabajo; y los ítems de la escala de *impacto* fueron adaptados de la escala de indefensión aprendida (Asforth, 1989; 1991; Martinko y Gardner, 1982). Spreitzer (1995) y reflejan la percepción de control que tiene el profesional en los resultados de la organización. Spreitzer (1995) utilizó dos muestras para probar la fiabilidad y validez de la escala. La primera estaba compuesta por 393 jefes seleccionados al azar en varias unidades de trabajo de una compañía industrial. El 90% eran hombres con una media de edad de 46 años. La segunda muestra la componían 128 empleados de bajo status de una compañía de seguros; el 84% eran mujeres con una media de edad de 40 años. En nuestro estudio, adaptamos la escala de Spreitzer (1995a) al castellano mediante el método de traducción y retrotraducción. Para explorar las propiedades psicométricas de la escala traducida al español, en primer lugar se realizaron una descripción estadística de la escala mediante el cálculo de las medias, desviaciones estándar y coeficiente de correlación de Pearson (ver Tabla 4).

Posteriormente se exploró la dimensionalidad de la escala mediante un análisis factorial exploratorio, utilizando el criterio de Kaiser (autovalores > 1), estimado por el método de la máxima verosimilitud, y rotado con el método de Varimax (King & Mueller, 1986, 1988); y c) la fiabilidad de la escala total así como la correspondiente a las subescalas fueron estimadas utilizando el coeficiente

alpha de Crombach. En el análisis factorial emergieron cuatro factores que explican el 76.89% de la varianza. En la Tabla 5 se exponen la matriz de los componentes rotados.

Respecto a la fiabilidad de escala total fue de .85 y las subescalas significado, competencia, autodeterminación e impacto, obtuvieron unos coeficientes alfa de Crombach de .90, .87, .81 y .69, respectivamente. En resumen, la estructura factorial obtenida en la adaptación al castellano difiere en el factor impacto de la obtenida por Boudrias, Gaudreau y Laschinger (2004), Kraimer y col (1999) y Spreitzer (1995a). En el Apéndice B se incluye la carta que recoge el permiso otorgado por Spreitzer, para utilizar su instrumento de medición del *empowerment* psicológico en nuestro estudio.

Tabla 4 Estadísticos descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson entre los ítems de la escala de Empowerment Psicológico

Ítems	M	DS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Significado1	6.28	1.06											
2. Significado2	6.12	1.14	.74**										
3. Significado3	6.15	1.13	.78**	.77**									
4. Competencia1	6.31	.90	.41**	.47**	.44**								
5. Competencia2	6.32	.89	.34**	.43**	.42**	.83**							
6. Competencia3	6.16	.98	.25**	.29**	.28**	.59**	.69**						
7. Autodeterminación1	5.40	1.37	.24**	.31**	.21**	.47**	.44**	.46**					
8. Autodeterminación2	5.22	1.50	.18**	.26**	.18**	.30**	.32**	.24**	.60**				
9. Autodeterminación3	4.95	1.42	.22**	.25**	.17**	.30**	.30**	.28**	.56**	.62**			
10. Impacto1	5.96	1.19	.36**	.44**	.33**	.34**	.35**	.31**	.32**	.33**	.27**		
11. Impacto2	4.94	1.54	.31**	.33**	.33**	.31**	.33**	.28**	.27**	.20**	.23**	.35**	
12. Impacto3	4.12	1.62	.22**	.30**	.27**	.20**	.24**	.29**	.27**	.15**	.24**	.24**	.65**

**p<0.01

Tabla 5 Matriz de componentes rotados de la escala de Empowerment Psicológico

Ítems	FI	FII	FIII	FIV
1. Significado1	.85			
2. Significado2	.84			
3. Significado3	.81			
4. Competencia1		.90		
5. Competencia2		.77		
6. Competencia3		.66		
7. Autodeterminación1			.80	
8. Autodeterminación2			.72	
9. Autodeterminación3			.67	
10. Impacto1				
11. Impacto2				.98
12. Impacto3				.60
% de varianza explicada	42.31	14.17	10.59	9.81
% acumulado de varianza explicada				76.89

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Originalmente los elementos del MBI se diseñaron para medir hipotéticos aspectos del síndrome del estrés laboral asistencial; entrevistas y datos de cuestionarios fueron la base de los primeros estudios exploratorios de las actitudes y sentimientos que caracterizan a los profesionales *quemados*. En un principio se usaron 47 elementos para probar la hipótesis de que la tensión o estrés emocional provoca a largo plazo el desarrollo del síndrome de estrés laboral asistencial, en una muestra de 605 profesionales de los servicios sociales y sanitarios. Las respuestas se situaban en dos medidas, la frecuencia y la intensidad de los sentimientos (escalas de tipo Likert, de 0-6 y 0-7 puntos, respectivamente). El análisis factorial de componentes principales a que fueron sometidas las contestaciones, permitieron definir 10 dimensiones y seleccionar los 25 elementos que más contribuían a dichas dimensiones. Este nuevo instrumento fue aplicado a una muestra de 420 profesionales y, dado que el análisis factorial de las respuestas fue muy similar al anterior, se justificó la unión de las dos muestras (N = 1.025) para repetir el análisis. De este modo, los tres factores con autovalores superior a la unidad sirvieron para definir las escalas que componen la versión actual del MBI. Esta estructura tridimensional, que ha sido replicada en numerosos estudios, está constituida por las escalas agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

La escala de agotamiento emocional incluye nueve ítems o elementos que hacen referencia a sentimientos de estar emocionalmente exhaustos por el trabajo (e.g., “*Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*”). La escala de despersonalización contiene cinco ítems que describen una respuesta impersonal o fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional (e.g., “*Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales*”). Por último, la escala de realización personal está constituida por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo con personas (e.g., “*Trato muy eficazmente los problemas de las personas*”). En contraste con las dos escalas anteriores, las puntuaciones bajas son indicativas de la presencia del síndrome.

Diversos estudios factoriales de carácter exploratorio han reproducido la estructura trifactorial, ya sea mediante rotación ortogonal (Fimian y Blanton, 1987; Belcastro, Gold y Hays, 1983; Gold, Bachelor y Michael, 1989; Söderfeldt, Söderfeldt, Warg y Ohlson, 1996) o rotación oblicua (Abu-Hilal, 1995; Gold, Bachelor y Michael, 1989). En España, los resultados obtenidos sobre la validez factorial del MBI son similares a los obtenidos en la comunidad internacional.

Respecto a las adaptaciones españolas del MBI que han reproducido la estructura trifactorial se deben destacar las realizadas por Moreno-Jiménez, Oliver y Pastor (1990) y Moreno-Jiménez, Oliver, y Aragonese (1993). La versión de estos autores mantiene los 9 ítems de la escala de agotamiento emocional y los 8 ítems de la escala de realización personal, pero a diferencia de la versión original, la escala de despersonalización queda reducida a 3 ítems (ítems 5, 10, y 11). Gil-Monte y Peiró (1998, 2000) aplicaron la adaptación española del MBI a una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones, obteniendo una adecuada validez y fiabilidad.

En nuestro estudio hemos utilizado la adaptación española del Inventario de Maslach y Jackson (1986), realizada por Seisdedos (1997). Consta de 22 elementos de respuesta cerrada que estiman la frecuencia, desde “Nunca” hasta “Todos los días”, con que se experimenta en el trabajo determinados sentimientos y actitudes que evalúan las tres dimensiones del síndrome de burnout, cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Un análisis factorial confirmatorio reproduce la estructura trifactorial de la versión original ($\chi^2 = 678.52$, $df = 225$, $p < .001$, $RMSEA =$

0.086). En cuanto a la consistencia interna de las subescalas, en agotamiento emocional se obtuvo un coeficiente alfa de .85; en despersonalización de .66 y en realización personal de .78.

Aspectos Éticos

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Área Hospitalaria Virgen Macarena (ver Apéndice B). A las enfermeras se les solicitaba el consentimiento verbal para participar en el estudio. La confidencialidad de los datos aportados por los participantes fue mantenida a lo largo del estudio, contestaban de forma anónima y no se permitía ningún signo de identificación personal en la encuesta. Cada encuesta era numerada, para vaciar posteriormente la información en una base de datos.

Procedimiento de Recogida de Datos

La encuesta era de auto-cumplimentación. Para homogeneizar la información proporcionada a las participantes, se realizaron reuniones con enfermeras de apoyo, cuya misión era entregar la encuesta, al tiempo que informaban de los objetivos del estudio, su duración (unos 15 minutos) y solicitarle verbalmente el consentimiento para participar. Si accedía, se le entregaba la encuesta junto a un sobre para guardarla una vez cumplimentada. El sobre cerrado lo depositarían en un buzón instalado *ad hoc*. Para resolver posibles dudas, una encuestadora pasaba por la unidad días después de la entrega.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS 15.0 y el programa LISREL 8.71.

Para el primer objetivo de identificar la prevalencia de los síntomas del *burnout* se realizaron análisis de frecuencias de los niveles de afectación alcanzado en cada una de las dimensiones por la muestra total y por las correspondientes a los distintos hospitales. Para el segundo objetivo, se calcularon correlaciones y análisis de la varianza ANOVA al objeto de determinar la influencia de las variables sociodemográficas y laborales en las tres dimensiones del *burnout*. Cuando se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en el test de ANOVA, se aplicó el test de Bonferroni *post hoc*, para identificar que pares de medias diferían significativamente.

En el objetivo tercero, cuarto y quinto, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables incluidas en su formulación, las correlaciones entre ellas y, para probar las relaciones establecidas en las hipótesis correspondientes a dichos objetivos, se llevaron a cabo análisis de regresión siguiendo el método paso a paso. La magnitud del efecto de tamaño de las variables predictoras fue evaluada utilizando los estándares de Cohen (1988) para la investigación en ciencias de la conducta, donde un R^2 entre .02 y .12 es un efecto pequeño; entre .13 y .25 un efecto medio y por encima de .26 un gran efecto.

Finalmente, se utilizó un modelo de ecuación estructural para probar las relaciones teóricas propuestas en el modelo de este estudio (Figura 2) y responder a los objetivos sexto y séptimo. La utilización de una ecuación estructural permitió contrastar el modelo teórico, integrando en una única estimación los resultados obtenidos mediante modelos parciales. Además, permite valorar adecuadamente el efecto multivariante de unas variables sobre otras, sin que las estimaciones se vean afectadas por los posibles efectos de colinealidad.

Se estiman los coeficientes de regresión a partir de la matriz empírica de varianzas-covarianzas entre las variables observables. Los coeficientes obtenidos son aquellos que mejor reproducen las covarianzas existentes entre las variables y sus correspondientes varianzas. El método de estimación empleado fue el de máxima verosimilitud, utilizado frecuentemente en los modelos de ecuaciones estructurales (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, Müller, 2003). Este método supone normalidad multivariante, y a pesar de que con frecuencia este supuesto no se cumple, es robusto respecto de este incumplimiento (Schermelleh et al., 2003).

La estrategia de desarrollo del modelo que se ha seguido ha sido la descrita por Jöreskog y Sörbon (1996, p.115), según la cual la modificación del modelo inicial se apoya en los índices de modificación compatibles con el marco teórico. Así pues, el resultado del ajuste del modelo se apoya en los índices de modificación y en la significación de los coeficientes estimados, eliminando aquellos

efectos directos no significativos, teniendo siempre en cuenta los presupuestos teóricos de partida. De esta manera, no solo se asegura la validez empírica del modelo, sino también su validez teórica.

Asunciones de causalidad son consideradas en este estudio: la dirección de la influencia fue recursiva (una sola dirección) y otras asunciones fueron la linealidad, normalidad multivariante, y máxima verosimilitud.

IV. RESULTADOS

La presentación de resultados se hará según la secuencia de objetivos e hipótesis planteadas al final del Capítulo II. En relación con los objetivos 1 y 2, en primer lugar se expone el porcentaje de participantes en cada uno de los niveles de las tres dimensiones del *burnout* en la muestra total, así como el correspondiente a cada una de las muestras de los tres hospitales. En segundo lugar, se presentan los resultados descriptivos de las características sociodemográficas y laborales medidas y, en tercer lugar, los análisis de correlación y análisis de varianza (ANOVA) efectuados con el fin de determinar la influencia de las variables sociodemográficas en las dimensiones del *burnout*. Respecto a los objetivos 3, 4 y 5, dirigidos a identificar las variables de poder socio-político —características socio-estructurales— y de poder psicológico que predicen el *burnout*, así como la influencia de las características socio-estructurales en el poder psicológico, se presentan los resultados obtenidos en los análisis de correlación y de regresión múltiple. Para los análisis de regresión paso a paso, se ha incluido la edad para controlar su efecto. No hemos incluido el resto de las variables sociodemográficas y laborales porque en la mayoría de los casos una distribución muy desigual da lugar a submuestras muy pequeñas. Finalmente, para los objetivos 6 y 7, se exponen los resultados del modelo estructural ajustado.

Objetivo 1: Identificar la Prevalencia del *Burnout*

La identificación de la prevalencia de las tres dimensiones de *burnout* en las enfermeras participantes en nuestra investigación, se exponen en la Tabla 6.

Tabla 6 Porcentaje de participantes en cada uno de los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout

Niveles	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
<i>Muestra total (N = 272)</i>			
Alto	33.1	23.2	37.1
Medio	33.8	30.01	19.5
Bajo	33.1	46.7	43.4
<i>Hospital Virgen Macarena (N = 103)</i>			
Alto	35.9	23.3	32.0
Medio	35.0	30.1	18.4
Bajo	29.1	46.6	49.5
<i>Hospital Virgen del Rocío (N = 104)</i>			
Alto	37.5	26.0	39.4
Medio	30.08	22.1	18.3
Bajo	31.7	51.9	42.3
<i>Hospital Virgen de Valme (N = 65)</i>			
Alto	21.5	18.5	41.5
Medio	36.9	43.01	23.1
Bajo	41.5	38.5	35.4

Los niveles bajo, medio y alto se han establecido en base a los puntos de corte que recomienda el manual de corrección del Inventario “*Burnout*” de Maslach, para una muestra española de profesionales sanitarios (Seisdedos, 1997). En relación con los niveles más altos de afectación de la muestra total, hay que destacar que el 33.1% presenta un nivel alto de agotamiento emocional, el 23.2% un nivel alto de despersonalización y el 43.4% un nivel bajo de realización personal. Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis 1, pues se esperaba que las puntuaciones obtenidas en población activa laboralmente, se distribuyeran en los niveles bajo y medio en las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Objetivo 2: Identificar las Características Sociodemográficas y Laborales Asociadas al *Burnout*

Se analizaron las relaciones de las dimensiones del *burnout* con las variables sociodemográficas (i.e., edad, sexo, años de experiencia profesional y estado marital) y laborales (i.e., hospital, unidad de trabajo y turno). Realizamos análisis de la varianza de un factor (ANOVA) y de correlación, en función de la escala de medida de las variables. La Tabla 7 presenta los estadísticos descriptivos de las dimensiones del *burnout* en función de las variables sociodemográficas y laborales. Debido al bajo número de participantes en algunas de las categorías del estado marital y el turno, estas variables se recodificaron, de manera que la primera se redujo a dos categorías (con pareja y sin pareja) y la segunda a cuatro (turno rotatorio, fijo, antiestrés y doce horas).

Tabla 7 Estadísticos descriptivos de las dimensiones del *burnout* en función de variables sociodemográficas

	Agotamiento emocional			Despersonalización			Realización personal		
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT
Sexo									
Hombre	63	20.15	9.97	63	5.52	4.93	63	36.20	7.75
Mujer	209	20.63	10.66	209	5.77	5.47	209	35.42	7.78
Hospital									
Virgen Macarena	103	21.21	10.51	103	5.59	5.07	103	36.77	7.65
Virgen del Rocío	104	21.30	11.33	104	5.76	5.94	104	35.47	7.43
Ntra. Sra. de Valme	65	18.18	8.70	65	5.71	4.81	65	33.95	8.27
Unidad									
Médico-Quirúrgica	136	20.16	10.63	136	5.58	5.48	136	35.58	7.83
C. Intensivos	51	21.01	10.06	51	4.56	4.17	51	34.88	7.78
Urgencias	53	22.62	11.29	53	7.94	5.98	53	36.60	7.03
Pediatría	32	17.78	8.76	32	4.40	5.35	32	35.18	7.77
Estado marital									
Sin pareja	78	20.71	11.02	78	5.57	5.04	78	35.67	8.40
Con pareja	194	20.44	10.29	194	5.76	5.47	194	35.57	7.52
Turno									
Rotatorio	110	22.65	10.90	110	7.06	5.65	110	34.01	8.06
Fijo	64	19.65	10.54	64	4.43	4.80	64	37.48	7.12
Antiestrés	67	20.00	10.41	67	5.29	3.29	67	36.68	6.75
12 horas	30	15.93	7.14	30	4.50	5.35	30	35.10	9.23

En la Tabla 8 se exponen los resultados del análisis de la varianza (ANOVA). Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones del *burnout* en función del turno de trabajo, $F(3,267) = 3.72, p = .012$ en agotamiento emocional; $F(3,267) = 4.34, p = .005$ en despersonalización; y $F(3,267) = 3.32, p = .020$ en realización personal. Analizamos las diferencias de medias para los cuatro tipos de turno aplicando la corrección de Bonferroni y comprobamos que el turno rotatorio

difiere significativamente del turno 12 horas en agotamiento emocional (diferencia de medias = 6.72; $p = .02$); de igual modo el turno rotatorio difiere significativamente del turno fijo en la despersonalización (diferencia de medias = 2.62; $p = .01$) y en la realización personal (diferencia de medias = 3.46; $p = .027$). La unidad de trabajo establece diferencias estadísticamente significativa en la despersonalización: $F(2,268) = 4.69$, $p = .003$. Los contrastes de medias a posteriori muestran que la significación viene marcada por la diferencia de medias entre la unidad de urgencias y médico-quirúrgicas (diferencia de medias = 2.36; $p = .02$).

Tabla 8 Análisis de la varianza para las variables sociodemográficas

	Agotamiento emocional			Despersonalización			Realización personal		
	SC	gl	F	SC	gl	F	SC	gl	F
Sexo			0.10			0.10			0.49
Inter-grupos	11.04	1		2.94	1		29.85	1	
Intra-grupos	29828.77	270		7754.69	270		16335.26	270	
Unidad			1.53			4.69**			0.47
Inter-grupo	503.80	3		387.46	3		85.15	3	
Intra-gupo	29336.01	268		7370.16	268		16279.95	268	
Turno			3.72*			4.34**			3.32*
Inter-grupos	1197.99	3		360.40	3		589.02	3	
Intra-grupos	28611.17	267		7389.83	267		15763.06	267	
Pareja			0.03			0.07			0.01
Inter-grupo	4.04	1		2.03	1		0.64	1	
Intra-gupo	29835.77	270		7755.60	270		16364.46	270	
Hospital			2.15			0.43			2.69
Inter-grupos	468.58	2		2.46	2		320.48	2	
Intra-grupos	29371.24	269		7755.17	269		16044.64	269	

** $p < .01$, * $p < .05$

En el análisis de correlación (Ver Tabla 9), la edad es la única variable sociodemográfica que presenta una asociación estadísticamente significativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. Por tanto, en el segundo objetivo, confirmamos la hipótesis 2.1 al no observarse diferencias en las puntuaciones de las dimensiones del *burnout* en función del hospital y parcialmente la 2.2 al no encontrar apoyo la relación de la edad con la realización personal.

Objetivo 3: Determinar la Relación entre Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y *Burnout*

En la Tabla 9, se exponen los estadísticos descriptivos y los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables incluidas en la formulación de las hipótesis de este objetivo. Los valores alcanzados nos indican que las enfermeras perciben tener un acceso moderado a las características

socio-estructurales de poder, siendo las puntuaciones más bajas las relacionadas con la cultura de la unidad ($M = 3.56$, $DT = 1.48$) y el acceso a la información ($M = 3.61$, $DT = 1.45$).

Por otra parte, las correlaciones de las características socio-estructurales con los síntomas del *burnout* fueron estadísticamente significativas, en un rango de $r = .32$ ($p < .001$) a $r = .14$ ($p < .05$) y, en las mismas direcciones formuladas en las hipótesis, es decir relacionan negativamente con agotamiento emocional y despersonalización y, positivamente con realización personal. Para identificar el valor predictivo de dichas características en los síntomas del *burnout* se construyó un modelo de regresión lineal siguiendo el método paso a paso y controlando el efecto de la edad (ver Tabla 10)

Tabla 9 Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio

	M	DS	E	EP	AE	D	RP	CT	S	C	A	I	AS	AI	AR	CP
E	40.40	7.57	1	.78**	-.13*	-.19**	.09	-.17	-.02	.12	.09	.14*	.00	.04	.14*	-.05
EP	16.65	7.09		1	-.06	-.09	.04	-.08	-.01	.14*	.00	.12	-.06	.04	.11	.00
AE	20.53	10.49			1	.48**	-.26**	.48**	-.15*	-.12*	-.13*	-.14*	-.22**	-.22**	-.33**	-.23**
D	5.71	5.35				1	-.32**	.32**	-.18**	-.15*	-.14*	-.19**	-.21**	-.14*	-.26**	-.15*
RP	35.60	7.77					1	-.04	.44**	.34**	.28**	.37**	.28**	.27**	.26**	.27**
CT	33.89	17.82						1	.05	-.04	-.09	-.10	-.11	-.16**	-.29**	-.23**
S	6.18	1.03							1	.45**	.29**	.44**	.22**	.20**	.24**	.23**
CT	6.26	0.83								1	.45**	.41**	.22	.14*	.16*	.09
AE	5.19	1.23									1	.37**	.36**	.21**	.33**	.29**
I	5.01	1.16										1	.50**	.42**	.42**	.40**
AS	4.54	1.29											1	.48**	.55**	.59**
AI	3.79	1.40												1	.61**	.51**
AR	3.62	1.45													1	.60**
C	3.57	1.49														1

E= Edad; EP= Experiencia Profesional; AE= Agotamiento Emocional; D= Despersonalización; RP= Realización Personal; CT= Características del Trabajo; S= Significado; C= Competencia; A= Autodeterminación; I= Impacto; AS= Apoyo Sociopolítico; AI= Acceso a la Información; AR= Acceso a los Recursos; C= Cultura.

**p<.01, *p<.05

Tabla 10 Análisis de regresión paso a paso para las características socio-estructurales que predicen el *burnout*

	Agotamiento emocional				Despersonalización				Realización Personal			
	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β
Modelo 1	0.01				0.03				0.08			
Edad		-0.19	0.08	-.13*		-0.13	0.04	-.19**		0.09	0.06	.09
Modelo 2	0.12				0.09				0.09			
Edad		-0.13	0.08	-.09		-0.11	0.04	-.16**		0.09	0.06	.08
Recursos		-2.32	0.42	-.32**		-0.88	0.21	-.24**				
Apoyo										1.75	0.36	.28**
Modelo 3									0.11			
Edad										0.08	0.06	.08
Apoyo										1.29	0.40	.21**
Información										0.90	0.37	.16*

**p<.01, *p<.05

Los resultados ponen de manifiesto el papel predictor del acceso a los recursos en el agotamiento emocional ($\beta = -32^{**}$) y la despersonalización ($\beta = -24^{**}$), mientras que el apoyo socio-político y el acceso a la información predicen la realización personal ($\beta = 21^{**}$; $\beta = 16^*$, respectivamente). La edad presenta un efecto significativo solamente en la despersonalización ($\beta = -16^*$). De acuerdo a los estándares de Cohen, para determinar la magnitud del tamaño de efecto de acuerdo a los valores R^2 , éstos son pequeños en los modelos obtenidos. En base a los resultados anteriores, se confirman las hipótesis 3.1.a y 3.1.b, al comprobarse la influencia negativa del acceso a los recursos en el agotamiento emocional y la despersonalización; de igual modo, son apoyadas las hipótesis 3.2.c y 3.3.c, que predecían la influencia positiva del acceso a la información y el apoyo socio-político en la realización personal.

Objetivo 4: Determinar la Relación entre Poder Psicológico y *Burnout*

Se llevaron a cabo análisis de regresión para determinar la relación entre las dimensiones de poder psicológico (i.e. significado, competencia, autodeterminación e impacto) con los síntomas del *burnout*. En la Tabla 9 podemos observar que las enfermeras tienen una percepción de las dimensiones de poder psicológico entre moderadas y altas, siendo el valor más bajo el alcanzado en impacto ($M = 5.02$, $DT = 1.15$) y el más alto el de competencia ($M = 6.26$, $DT = .83$). Las correlaciones son estadísticamente significativas en la dirección establecida en las hipótesis, encontrándose en un rango de $r = .43$ ($p < .001$) a $r = .12$ ($p < .05$), correspondiendo las más altas a las alcanzadas con la dimensión realización personal. La Tabla 11 presenta los resultados obtenidos en el análisis de regresión, al introducir las dimensiones de poder psicológico y controlar la edad.

Tabla 11 Análisis de regresión paso a paso para las dimensiones de poder psicológico que predicen el *burnout*

	Agotamiento emocional				Despersonalización				Realización Personal			
	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β
Modelo 1	0.01				0.03				0.00			
Edad		-0.19	0.08	-.13*		-0.13	0.04	-.19**		0.09	0.06	.09
Modelo 2	0.04				0.07				0.20			
Edad		-0.19	0.08	-.14*		-0.11	0.04	-.16**		0.10	0.05	.09
Significado		-1.63	0.64	-.15*						3.45	0.43	.44**
Impacto						-0.86	0.28	-.18**				
Modelo 3									0.24			
Edad										0.06	0.05	.06
Significado										2.71	0.46	.34**
Impacto										1.60	0.41	.23**
Modelo 4									0.26			
Edad										0.05	0.05	.05
Significado										2.36	0.48	.30**
Impacto										1.35	0.42	.19**
Competencia										1.43	0.60	.14*

**p<.01, *p<.05

Los modelos resultantes reflejan el rol predictor del significado en el agotamiento emocional ($\beta = -.15^*$) y en la realización personal ($\beta = .30^*$)*; del impacto en la despersonalización ($\beta = -.18^{**}$) y realización personal ($\beta = .19^{**}$), y de la competencia en la realización personal ($\beta = .14^*$). Los tamaños de efecto son pequeños en los modelos que predicen el agotamiento emocional y la despersonalización ($R^2 = .04$, $R^2 = .07$, respectivamente) y grande en el que predice la realización personal ($R^2 = .26$). En resumen, se confirman las hipótesis 4.1.a y 4.1.c, que predecían una relación negativa del significado con el agotamiento emocional y positiva con la realización personal; también resultan apoyadas la 4.2.c, al observarse una relación positiva de la competencia con la realización personal y las 4.4.b y 4.4.c, que reflejan la relación inversa del impacto con la despersonalización y directa con la realización personal.

Objetivo 5: Determinar la Relación entre Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y Poder Psicológico.

Se identificaron las características socio-estructurales de poder relacionadas con las dimensiones del poder psicológico. Los resultados del análisis de correlación expuestos en la Tabla 9, reflejan relaciones estadísticamente significativas entre ellas, excepto la cultura de la unidad con la competencia ($r = .08$). En la Tabla 12 se muestran los resultados de los análisis de regresión realizados para determinar las características socio-estructurales de poder que se relacionan con cada una de las dimensiones de poder psicológico. En ellos, podemos observar que el acceso a los recursos predice la dimensión significado y la autodeterminación ($\beta = 23^{**}$; $\beta = 20^{**}$ respectivamente); el apoyo socio-político predice la competencia ($\beta = 19^{**}$), la autodeterminación (24^{**}) y el impacto (37^{**}) mientras que el acceso a la información sólo predice el impacto ($\beta = 25^{**}$).

Tabla 12 Análisis de regresión paso a paso para las características socio-estructurales que predicen el poder psicológico.

	Significado				Competencia				Autodeterminación				Impacto			
	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β	R ²	B	STB	β
Modelo 1	0.05				0.03				0.12				0.23			
Acceso recursos		0.15	0.04	.23**												
Apoyo sociopolítico					0.11	0.03	.19**		0.33	0.05	.35**		0.43	0.04	.49**	
Modelo 2									0.15				0.28			
Apoyo sociopolítico									0.22	0.06	.24**		0.32	0.05	.37**	
Acceso recursos									0.17	0.05	.20**					
Acceso a la información													0.21	0.04	.25**	
Modelo 3													0.30			
Apoyo sociopolítico													0.33	0.05	.37**	
Acceso a la información													0.20	0.04	.25**	
Edad													0.02	0.00	.13*	

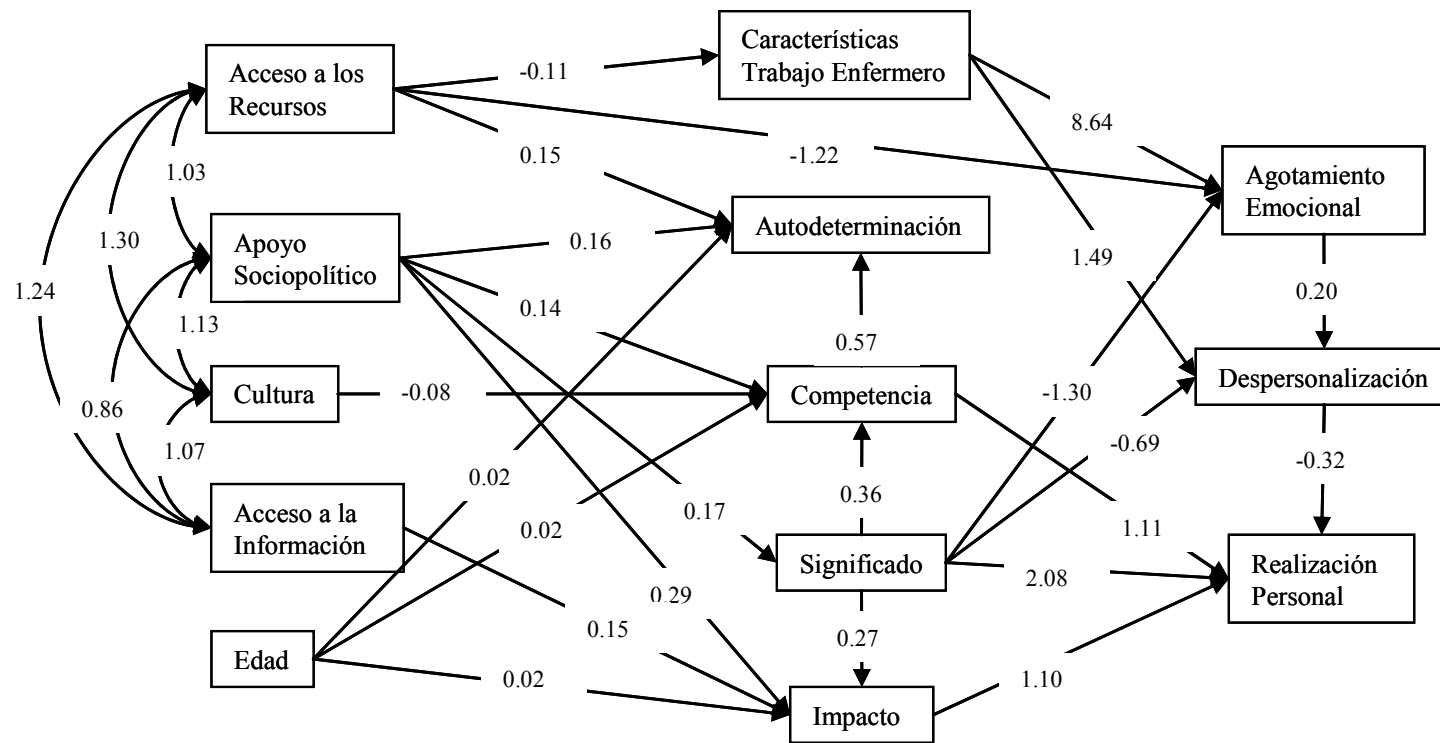
**p<.01, *p<.05

El tamaño de efecto obtenido en los modelos que predicen el significado y la competencia son pequeños ($R^2 = .05$, $R^2 = .03$, respectivamente); en relación con la autodeterminación se observa un efecto medio ($R^2 = .15$) y grande respecto al impacto ($R^2 = .30$). En resumen, se confirman las hipótesis 5.1.a y 5.1.c que predecían el efecto positivo del acceso a los recursos en el significado y la autodeterminación; en relación con el acceso a la información se confirma la hipótesis 5.2.d, que establecía su efecto positivo en el impacto; finalmente reciben apoyo las hipótesis 5.3.b, 5.3.c, y 5.3.d, relacionadas con los efectos positivos del apoyo socio-político en la competencia, autodeterminación e impacto.

Objetivo 6: Determinar el Papel Mediador del Poder Psicológico entre Poder Socio-Político [Características Socio-Estructurales] y *Burnout*.

Para dar coherencia a los resultados parciales obtenidos en los objetivos anteriores, el *objetivo sexto* y *séptimo* tratan de probar el modelo expuesto en el diagrama conceptual (ver Figura 2), que relaciona los constructos poder socio-político, poder psicológico y *burnout*. Concretamente, interesa determinar el papel mediador que tienen las diferentes dimensiones del poder psicológico y las características del trabajo enfermero entre las características socio-estructurales y los síntomas del *burnout*. La evaluación de las relaciones teóricas incluye probar las hipótesis planteadas en éstos objetivos y examinar los efectos directos e indirectos entre las variables.

El modelo estructural estimado, presentado en la Figura 8, tiene un buen ajuste tal como se refleja en los índices de bondad expuestos en la Tabla 13. En la Figura 8 se observa como el modelo estimado es diferente, debido a que se eliminaron los efectos directos que no eran estadísticamente significativos.



Chi-Square = 49.35; df = 48; p-value = 0.41898, RMSEA = 0.010

Fig. 8 Modelo estructural ajustado

Los efectos eliminados son los siguientes: a) acceso a los recursos con significado, competencia, impacto, despersonalización y realización personal; b) apoyo sociopolítico con características del trabajo, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; c) acceso a la información con características del trabajo, significado, competencia, autodeterminación, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; d) cultura de la unidad con características del trabajo, significado, autodeterminación, impacto, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; e) la autodeterminación con el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; f) la competencia con el agotamiento emocional y la despersonalización; y g) el impacto con el agotamiento emocional y la despersonalización.

Tabla 13 Índices de bondad de ajuste del modelo

Índices de ajuste absoluto		Criterios de buen ajuste
Chi-Square	49.35; gl = 48; p = 0.42	No significativa
GFI	0.97	Próximo a 1
RMSEA	0.010 (IC al 90% = 0.0; 0.042)	
Índices de ajuste relativo		
AGFI	0.95	Próximo a 1
NFI	0.97	Próximo a 1
NNFI	1	Próximo a 1
IFI	1	Próximo a 1
RFI	1	Próximo a 1
CFI	1	Próximo a 1

GFI = Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste); RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio); AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido); NFI = Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado); NNFI = Non-Normed Fit Index (índice de ajuste no normalizado); IFI = Incremental Fit Index (índice de ajuste incremental); RFI = Relative Fit Index (índice de ajuste relativo); CFI = Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

De acuerdo con los R^2 obtenidos, el modelo explica el 26% de la varianza de la competencia; el 29% de la autodeterminación; el 43% de impacto; el 29% de agotamiento emocional; el 27% de despersonalización y el 29% de realización personal.

En relación con los efectos directos significativos (Ver Figura 8) de las características socio-estructurales de poder hay que destacar: a) el del apoyo sociopolítico en las cuatro dimensiones de poder psicológico y b) el del acceso a los recursos en el agotamiento emocional. Respecto a los efectos directos de las dimensiones de poder psicológico en el *burnout*, hay que destacar el del significado en las tres dimensiones y el de la competencia e impacto en la realización personal. Por último, se

observa un efecto directo de las características del trabajo enfermero en el agotamiento emocional y la despersonalización.

La hipótesis 6.1, que establece que el acceso a los recursos tiene un efecto indirecto en los síntomas del *burnout* a través de las dimensiones de poder psicológico, no es apoyada en el modelo obtenido. En cambio, si se confirma la hipótesis 6.2.d, que establecía el efecto indirecto del acceso a la información, pero sólo en la realización personal, a través del impacto (Ver Figura 9).

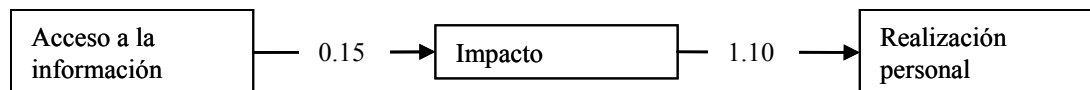


Fig.9 Efecto mediador del impacto entre el acceso a la información y la realización personal

Respecto a las hipótesis 6.3 correspondientes a los efectos indirectos del apoyo sociopolítico, se confirman la 6.3.a en los tres síntomas del *burnout*, es decir efectos mediados por el significado; la 6.3.b, y la 6.3.d, en la realización personal, que corresponde a la mediación de la competencia y el impacto (Ver Figura 10).

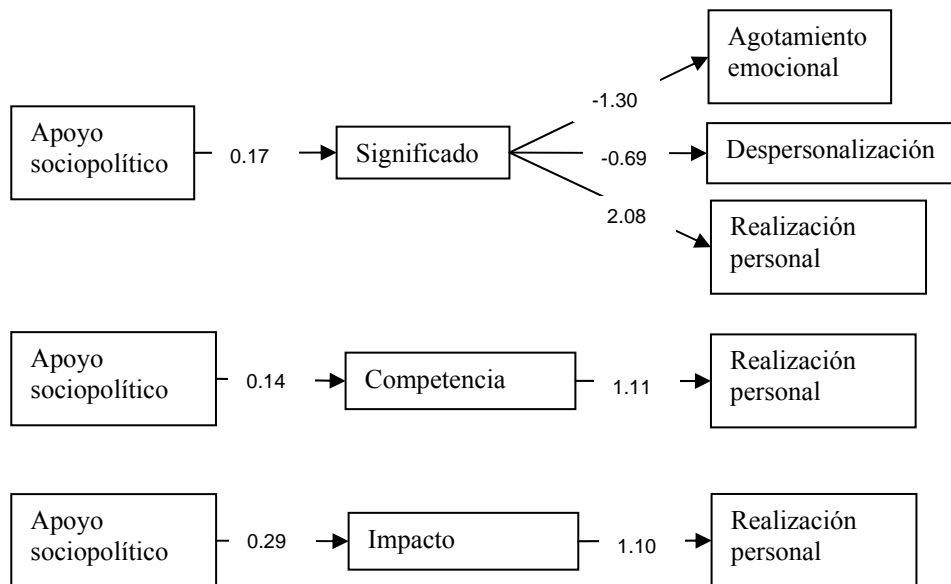


Fig.10 Efectos mediadores de diferentes dimensiones del poder psicológico entre el apoyo sociopolítico y *burnout*

Finalmente, se confirma la hipótesis 6.4.b en la realización personal; es decir, el efecto indirecto de la cultura de la unidad de trabajo en este síntoma mediado por la competencia . (Ver Figura 11).

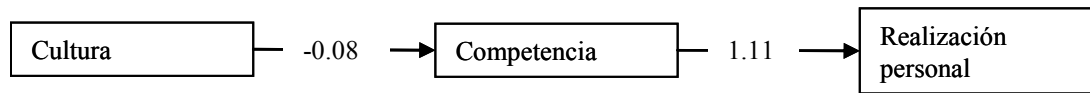


Fig. 11 Efecto mediador de la competencia entre la cultura y la realización personal

Objetivo 7: Determinar el Papel Mediador de las Características del Trabajo Enfermero entre las Características Socio-Estructurales y *Burnout*.

En relación con el sétimo objetivo, se confirma la hipótesis 7.1, al observado un efecto indirecto del acceso a los recursos en los síntomas del *burnout*, agotamiento emocional y despersonalización, mediado por las características del trabajo enfermero (Ver Figura 12)

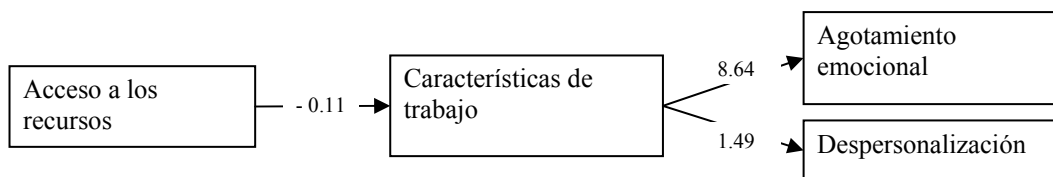


Fig. 12 Efecto mediador de las características del trabajo entre el acceso a los recursos y el agotamiento emocional y despersonalización

V. DISCUSIÓN

El principal propósito de este estudio es proponer un modelo conceptual para explicar el rol del poder en el desarrollo del síndrome de *burnout*, en profesionales de enfermería hospitalaria. Se seleccionó una muestra aleatoria de enfermeras en los hospitales de la ciudad de Sevilla, pertenecientes al SSPA. El enfoque psicopolítico de la psicología comunitaria, ha permitido observar el síndrome de *burnout* como una consecuencia de la experiencia continuada de los profesionales que trabajan en condiciones de opresión. La opresión ha sido entendida como la falta de poder socio-político y psicológico.

Una doble perspectiva ha sido empleada para observar la opresión a nivel socio-político. Por un lado, la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca de las condiciones habituales en las que se realiza el trabajo enfermero nos ha permitido acercarnos a su ángulo ideológico. A través del modelo de empowerment estructural de Kanter (1977, 1993), hemos observado las características de la organización relacionadas con el poder de los profesionales. Nuestro modelo ha probado que valores negativos en las dimensiones de poder socio-político, tanto ideológicas como estructurales, relacionan con puntuaciones más altas del *burnout*.

Respecto a la opresión psicológica nuestro estudio ha observado que aquellos profesionales que tienen más altas puntuaciones de *burnout*, tienen a su vez más bajas puntuaciones en algunas de las dimensiones que Spreitzer incluyó en el *empowerment* psicológico.

El modelo probado también ha puesto de manifiesto el papel mediador de las características del trabajo enfermero y de algunas dimensiones del poder psicológico entre las características de la organización vinculadas al poder y el síndrome de *burnout*. Los efectos mediadores de las dimensiones de poder psicológico no observados en el modelo ajustado, nos sugiere que en la relación entre las características socio-estructurales y el *burnout* existen otros potenciales mediadores; si bien, este es un resultado habitual en psicología dada la multicausalidad de los problemas objeto de estudio (Baron y Kenny, 1986). Nos obstante, los resultados obtenidos refuerzan hallazgos de estudios que han contemplado el rol que tienen las condiciones asimétricas de poder en el desarrollo del *burnout* en

profesionales de enfermería (Hatcher y Laschinger, 1996; Laschinger et al, 2001; Laschinger et al., 2003; Laschinger et al., 2004; Leiter y Laschinger, 2006; Manojlovich y Laschinger, 2007).

En esta sección vamos a discutir estos hallazgos con la investigación actual y propondremos líneas de investigación futura que pueden desarrollarse a partir de los resultados que hemos obtenido. Las limitaciones de nuestro estudio así como sus posibilidades para ser empleadas en programas de prevención y de desarrollo profesional para las enfermeras son descritas posteriormente.

Prevalencia del Burnout y Edad

Los participantes de nuestro estudio presentan altos niveles de burnout, asociados a la edad, de manera que aquellos que tienen más edad tienen puntuaciones más bajas. El porcentaje de enfermeras que alcanzan un nivel alto de afectación en agotamiento emocional y despersonalización y bajo en realización personal es superior al encontrado en otros estudios realizados entre enfermeras españolas en activo (Atance-Martínez, 1997; Artacoz, Cruz, Moncada, Sánchez, 1996; Ibáñez, Vilaregut, y Abio, 2004). Esta diferencia puede ser atribuida a la heterogeneidad de las muestras estudiadas. En algunos estudios se aportan puntuaciones globales del *burnout* en distintos profesionales sanitarios. En otros, se incluyen profesionales pertenecientes a distintos niveles asistenciales (i.e., atención especializada y atención primaria). Por otra parte, en muchos estudios no se miden las tres dimensiones del *burnout* y aportan solamente valores obtenidos en el agotamiento emocional. De acuerdo con la conceptualización del *burnout* de Maslach y Jackson (1986), recientemente asumida por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, consideramos que es importante evaluar las tres dimensiones del síndrome cuando hablamos del “*burnout*” y no utilizar esta denominación si se está evaluando solamente una de sus dimensiones.

No obstante, estos altos índices de *burnout* deben alertarnos, tanto por el impacto que tienen en la salud de los propios profesionales como por las consecuencias en la población que cuida. Despersonalización refleja la deshumanización en el trato. En estos últimos años, se ha advertido sobre la necesidad de humanizar la asistencia sanitaria. Los esfuerzos se han dirigido –aisladamente–, a cambiar las conductas de los profesionales sin tener en cuenta que este debe ser un proceso complejo y multinivel que debe abarcar tanto la formación de los profesionales como cambios a nivel político y de

la cultura de la organización sanitaria. Es decir, la humanización de los cuidados de enfermería está relacionada con la concepción de sistema sanitario, con la gestión de las estructuras sanitarias, con la competencia y bienestar de los profesionales. El primer valor a promover en toda iniciativa de humanización es la justicia, por lo que los valores, normas y principios que regulan los servicios sanitarios deben facilitar un estilo de relación del profesional con el usuario/a en el que predomine la horizontalidad, la autonomía y la responsabilidad.

En relación con la influencia de la edad en el *burnout*, en éste estudio se pone de manifiesto que las enfermeras más jóvenes registran niveles más altos en agotamiento emocional y despersonalización en relación con aquellas que tienen más edad. Este resultado se ha obtenido consistentemente en la literatura (Maslach et al., 2001) y la explicación más plausible se ha encontrado en la relación existente entre edad y experiencia profesional. En este sentido, Zabel y Zabel (1982) consideran que los profesionales de más edad, frente a los más jóvenes, han desarrollado expectativas profesionales más reales y mejores estrategias de afrontamiento del estrés. Sin embargo, si bien es cierto que los profesionales con mayor edad han podido desarrollar mecanismos de defensa ante las características del trabajo, tampoco se puede olvidar que ésta también influye en la percepción de la competencia e impacto que tiene el trabajador, lo cual repercutiría en una mayor realización personal, tal y como se observa en el modelo ajustado que hemos obtenido. No obstante, de acuerdo con Maslach *et al.* 2001, este hallazgo debe ser considerado con cautela dada la probabilidad del sesgo de supervivencia. Aquellos que se queman antes en sus carreras son probablemente los que abandonan antes sus trabajos, dejando atrás a los supervivientes que consecuentemente exhiben menores niveles de *burnout*.

Características Socio-Estructurales y Burnout

Examinar el poder político desde las diferentes características socio-estructurales ha ayudado a identificar el rol que cada una tiene en el *burnout*, tal como recomienda Laschinger (1996b). Las relaciones encontradas están en consonancia con las obtenidas en la línea de investigación canadiense, que utiliza el mismo marco conceptual (Heatcher y Laschinger, 1996; Laschinger et al., 2003).

En primer lugar, nuestros resultados ponen de manifiesto que la falta de *acceso a los recursos* influye en el agotamiento emocional, a través de mecanismos directos e indirectos. La relación directa encontrada apoya la importancia que tiene esta característica en la respuesta que emiten las enfermeras a las condiciones de trabajo y, consecuentemente en su efectividad (Kanter, 1993). Es razonable pensar que cuando a las enfermeras les faltan recursos, no pueden completar satisfactoriamente su trabajo, por lo que se sienten fracasadas, frustradas y con una baja autoevaluación, que a largo plazo puede provocar el agotamiento emocional. Conger (1989) explica esta relación apoyándose en la idea de que la falta de recursos implica situaciones laborales en las que los trabajadores se perciben con falta de control, lo que originaría el agotamiento emocional. Este hallazgo está en consonancia con los obtenidos en el estudio de Hatcher y Laschinger (1996), realizado en profesionales de enfermería de 87 hospitales canadienses, que identificaron la relación de la percepción de tener acceso a los recursos con altos sentimientos de realización personal y bajos en despersonalización y agotamiento emocional.

Por otra parte, el efecto indirecto del acceso a los recursos en las tres dimensiones del *burnout*, mediado por las características del trabajo, sugiere que la gestión de recursos de las administraciones sanitarias determina éstas, de manera que la falta de acceso a ellos influye en la percepción estresante de las condiciones de trabajo, que derivan en la presentación del *burnout*. Por el contrario, el acceso a los recursos modificaría las características opresoras del trabajo enfermero, lo cual aumentaría el nivel de realización personal y reduciría los de agotamiento emocional y de despersonalización.

En segundo lugar, la influencia del *apoyo socio-político* en las tres dimensiones del *burnout*, se pone de manifiesto a través de un mecanismo indirecto, en el que media el *significado*. En la literatura se ha puesto de manifiesto consistentemente los efectos del apoyo social en el *burnout*, de manera que muchos estudios han mostrado los efectos beneficiosos del apoyo de los compañeros y del supervisor (Greenglass, Burke y Fiksebaum, 2001). Explicaciones teóricas sobre tales efectos han indicado que el apoyo socio-político puede amortiguar el *burnout* porque proporciona a los trabajadores importantes beneficios informacionales, prácticos y emocionales (Aiken et al. 2000; Hatcher y Laschinger, 1996; Laschinger et al., 2001; Laschinger et al., 2003; Laschinger et al., 2004; Leiter y Laschinger, 2006; Manojlovich y Laschinger, 2007; O'Brien, 1997). Nuestros resultados

confirman la importancia de esta característica de poder político propuesta en el modelo de Kanter (1977, 1993) y en diversos modelos explicativos del *burnout* (Buunk y Shaufeli, 1993; Cherniss, 1993; Hobfoll y Freedy, 1993). Pero, en relación con las hipótesis planteadas en este estudio, la principal aportación es su efecto indirecto en el *burnout* mediado por el significado. A este respecto, Laschinger et al. (2004) señala la importancia de crear un ambiente de trabajo de apoyo y, asigna esta responsabilidad al supervisor/a, que debe mostrar preocupación y comprensión hacia los problemas de las enfermeras, facilitar las alianzas entre las compañeras y proporcionar un feedback positivo de forma regular. Esta sería una forma efectiva de reconocer y apoyar el trabajo que realizan las enfermeras, lo que podría hacerlas sentir que son parte importante en la consecución de las metas de la organización y contribuir a aumentar el significado del trabajo. En la misma dirección, Shaufeli et al. (1996) plantea que la equidad en las relaciones entre los empleados y la organización es restablecida cuando aquellos perciben que son valorados, de forma que decrece el cinismo y/o la despersonalización.

En tercer lugar, en relación con el *acceso a la información*, se observa un efecto indirecto en la realización personal, mediado por el impacto. El impacto refleja el sentido de control que tiene la enfermera sobre su trabajo, por lo que es razonable que relacione con resultados positivos, tal como una mayor realización personal. Un resultado en la misma dirección se identificó en el estudio de Laschinger et al. 2004, que puso de manifiesto cómo el acceso a la información proporcionaba a las enfermeras un sentido de control sobre el ambiente de trabajo, que reducía la frustración y la falta de confianza en la dirección. Consecuentemente, es muy importante que los supervisores/as faciliten a las enfermeras el acceso a la información de todas las cuestiones relacionadas con el desempeño de su trabajo, para generarles una percepción de control e impedir niveles bajos de realización personal.

Poder Psicológico y Burnout

Este estudio aporta evidencia empírica de los efectos diferenciales de la mayoría de las dimensiones de poder psicológico en el *burnout*. Hay que destacar la influencia del *significado* en sus tres síntomas, a través de mecanismos directos e indirectos. Directamente con las tres dimensiones e indirectamente con la despersonalización y realización personal. Esto puede explicarse en base a las

relaciones positivas observadas entre el agotamiento emocional y despersonalización y negativa entre ésta y realización personal. Aunque algunos estudios han informado de la relación del significado con la implicación y compromiso en el trabajo (Kanter, 1968; Sjöberg, Olsson y Salay, 1983) y con la tensión (Spreitzer et al. 1997), su relación con el *burnout* ha sido escasamente valorada. En este sentido, Pines (2002) explica el *burnout* en profesores desde una perspectiva psicodinámica existencial, basada en la asunción de que las personas buscan un sentido a su existencia a través del trabajo. De este modo, el *burnout* sería consecuencia de la falta de significado en el trabajo. Los efectos del significado del trabajo en el *burnout* en enfermeras identificados en este estudio ponen de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre los valores que subyacen en la práctica profesional. En relación con éstos, Fagermoen (1997) identifica que los valores personales que prevalecen en las enfermeras son el respeto a la dignidad humana, el altruismo, orientación moral hacia el cuidado de otros, privacidad, seguridad, justicia, igualdad, tolerancia, y responsabilidad. Si tenemos en cuenta que los valores laborales se consideran una concreción de los personales (Elizur y Sagie, 1999; Kinnane y Pable, 1962; Roe y Ester, 1999;), en el contexto laboral nos podemos encontrar la incompatibilidad de éstos con los valores de la organización, su filosofía, sus políticas y sus objetivos. Así pues, la falta de significado en el trabajo puede ser interpretada como la falta de concordancia entre los valores de las profesionales y los de la institución en la que desarrollan su trabajo, lo cual influiría en la aparición del *burnout*. Por ello, una implicación práctica derivada de este hallazgo es la importancia de que las demandas del trabajo se ajusten a los valores de los profesionales, al objeto de prevenir el agotamiento emocional y la despersonalización y tener una mayor realización personal. En este sentido, el papel de los supervisores/as tiene una influencia decisiva en la organización porque son ellos quienes traducen sus valores. De acuerdo con Smith y Peterson (1990) para que los miembros de una organización puedan actuar en concordancia unos con otros es necesario que en ella prevalezca el espíritu de equipo y los valores colectivos (Ros y Grad, 1991). Un buen líder debe inducir a generar un clima social cooperante y de apoyo que allane el camino hacia la consecución de objetivos. En consecuencia, la concordancia de valores en los equipos de trabajo puede contribuir a aumentar el significado del trabajo y, por lo tanto, constituir un elemento esencial para prevenir el *burnout*.

Por otra parte, la relación hallada entre la *competencia* y la realización personal es consistente con los resultados de Evers et al. (2002) y Gil-Monte y Peiró (1996), que observaron que la competencia percibida se asociaba de manera significativa con la realización personal en el trabajo. A su vez, el efecto directo del *impacto* en la realización personal pone de manifiesto la importancia de la percepción de control en los resultados de la organización para sentirse realizado. Este resultado está en consonancia con el hallado por Hatcher y Laschinger, (1996), que lo relaciona también con mayor satisfacción laboral.

Sin embargo, la autodeterminación, que es consistente con la noción de control personal (Greenberg, Strasser, Commings, y Dunham, 1989) no predice en nuestro estudio ninguna de las dimensiones del *burnout*. Una posible explicación a este hallazgo es que en las respuestas a los ítems de esta escala se haya producido el sesgo de la deseabilidad social. Es decir, las enfermeras se consideran profesionales, y como tales, se perciben con autonomía para desempeñar sus funciones. Sin embargo, en algunos estudios se ha comprobado que cuando se les pregunta específicamente sobre su libertad para tomar decisiones relacionadas con los cuidados de los pacientes, las enfermeras frecuentemente contestan que no tienen disponibilidad para utilizar sus conocimientos en la medida en que están capacitadas (Dwyer, Schwartz y Fox, 1992; Prescott, Dennis y Jacox, 1987). De acuerdo con los efectos descritos anteriormente, futuras investigaciones deben considerar la utilización de escalas de medida de la autodeterminación más específicas para el contexto laboral en el que se desenvuelven las enfermeras y profundizar en la influencia de las restantes dimensiones de poder psicológico en el *burnout*, especialmente la referida al significado del trabajo.

Influencia del Poder Socio -Político en el Poder Psicológico

Las relaciones encontradas en este estudio entre algunas características socio-estructurales y el poder psicológico refuerzan el planteamiento de Kanter (1977) acerca de que los factores estructurales son importantes condiciones para que los empleados se sientan con poder psicológico para realizar su trabajo. Así pues, nuestros resultados apoyan el rol predictor de algunas características de poder estructural en relación con el poder psicológico señalado por Kanter (1977) y confirmado por Spreitzer (1996). Estos resultados ponen de manifiesto la interdependencia entre variables del nivel

organizacional y del individual. De las relaciones halladas hay que resaltar la influencia del *apoyo socio-político* en todas las dimensiones de poder psicológico. Es abundante la bibliografía que ha puesto de manifiesto la relación del apoyo socio-político en el poder psicológico (Conger y Kanungo, 1988; Gist y Mitchell, 1992; Laschinger et al., 2001; Laschinger et al., 2003; Lachinger et al., 2004; Leiter y Lachinger, 2006; Maton y Salem, 1995; Sabiston y Lachinger, 1995; Spreitzer, 1997).

Las restantes relaciones halladas, del acceso a los recursos con la autodeterminación, de la cultura de la unidad con la competencia y del acceso a la información con el impacto, apoyan también el argumento de Kanter (1977, 1979) acerca de que el *empowerment* psicológico se genera al compartir el poder. De este modo, compartir el acceso a los recursos, a la información, al apoyo y a una cultura en la unidad de trabajo que valore la participación, aumenta el poder psicológico de los trabajadores y la productividad de la organización. Nuestros hallazgos están en consonancia con estudios que han proporcionado evidencia empírica al modelo de Kanter, realizados con enfermeras que trabajaban en hospitales de agudos en Canadá (Laschinger, 2004) así como con los resultados obtenidos por Siu et al., (2005), en una muestra de enfermeras de Reino Unido y Japón.

Papel Mediador del Poder Psicológico

Los resultados obtenidos en relación con el papel mediador del poder psicológico en el *burnout*, apoyan el planteamiento de Spreitzer (1995), acerca de que las cuatro dimensiones de poder psicológico pueden tener distintos efectos mediadores. Es destacable el papel mediador del *significado* entre el apoyo socio-político y las tres dimensiones del *burnout*. Este hallazgo nos sugiere que el *burnout* surge cuando se produce la pérdida de significado del trabajo en las enfermeras, como consecuencia de la falta de apoyo socio-político. Peiró (1993) puede facilitar la interpretación de este resultado al considerar el trabajo como un referente muy importante para la persona, ante el cual se adopta una postura incluso antes de que tengan que desempeñarse y, cuyo significado se adquiere a través de las experiencias laborales reales y de la observación de modelos culturales. Así pues, el significado del trabajo se configura como resultado de los conocimientos, creencias y valores aprendidos, que puede cambiar en función de la socialización laboral que depende a su vez, entre otras, de variables situacionales. De esta forma, el significado del trabajo en las enfermeras está

anclado en una serie de valores y creencias característicos de las profesiones de ayuda, en las que los profesionales son los “expertos” que tienen que solucionar todos los problemas de sus clientes. Sin embargo, parece que la falta de apoyo socio-político puede modificar el significado del trabajo, al no ser compartido éste con los valores del poder estructural. Esta situación puede hacer que el profesional pierda las expectativas que tenía acerca de su rol, resultando en muchos casos en una intensa frustración, desilusión, y finalmente *burnout* (Cherniss, 1980b). El equipo de Meaning of Working (1981, 1987) y autores como Andriessen (1991) y Drenth (1991), han estudiado el significado del trabajo desde una perspectiva interaccionista, de forma que para explicar los comportamientos de las personas ante la realidad laboral, consideran tanto las características situacionales como las personales.

Papel Mediador de las Características del Trabajo Enfermero

En este estudio se le atribuye una naturaleza mediadora a las características del trabajo entre el acceso a los recursos y los síntomas del *burnout*. Este hallazgo sugiere que cuando el profesional percibe que tiene acceso a los recursos se evita el potencial estresor de dichas características y como consecuencia la presencia de las manifestaciones del *burnout*. , La conceptualización de las características del trabajo que hemos utilizado en este estudio está en concordancia con la línea de investigación de Büssing y Glaser (1999) que definen los estresores como condiciones objetivas dentro de los sistemas de trabajo de enfermería. De este modo, se supera una visión excesivamente cognitiva, basada en la evaluación subjetiva de los profesionales, sin prestar atención al efecto patógeno de las propias condiciones habituales de trabajo a las que se enfrentan.

Maslach (2003) señala que las tres dimensiones del *burnout* están relacionadas con las características del trabajo, considerándolas antecedentes. En relación con el trabajo de enfermería, una de sus principales características es la sobrecarga laboral (Gil Monte, 2002), situación que podría evitarse si el profesional tuviera acceso a los recursos necesarios que les permitiera tomar las decisiones adecuadas de acuerdo a los estándares de calidad de cuidados. En este sentido, Tummers, Landweerd y Merode (2002) encontraron en un estudio realizado en 1855 enfermeras que trabajaban en hospitales de Holanda, que la sobrecarga laboral tenía un papel mediador entre las características de la organización y las respuestas psicológicas al trabajo, entre ellas el *burnout*.

Asimismo, en la línea de investigación de los hospitales magnéticos, también se señala que una de las características más importantes que lo identifican es el acceso a los recursos (Laschinger et al., 2003). Aiken et al., (2001) consideran que tener un número adecuado de profesionales de enfermería en las plantillas supone disponer de tiempo para proporcionar unos cuidados ajustados a las expectativas de éstos. Es decir, contar con personal suficiente ayuda a aligerar las sobrecargas de trabajo de las enfermeras, lo cual constituye una de las fuentes del *burnout* identificada con mayor frecuencia en la literatura. Además, tener cargas de trabajo razonables evitaría que las enfermeras tuvieran que vivir la discrepancia entre los requerimientos del trabajo y sus valores profesionales. En este sentido, Heatcher et al, (2003) señalan que muchas de las fuentes del *burnout* descritas por Maslach y Leiter (1997) podrían ser reducidas proporcionando acceso a los recursos.

Limitaciones

Este estudio tiene varias limitaciones que imponen cautela en la interpretación de los resultados. En primer lugar, se han utilizado escalas de tipo auto-informe, sin complementar con técnicas cualitativas, como por ejemplo entrevistas o grupos de discusión, con las que se hubiera podido profundizar en algunas de las respuestas obtenidas y servir para contrastar el error de medida. Aunque el uso de medidas de auto-informe tienen el riesgo de alentar el método común de la varianza, la elección de instrumentos estandarizados y validados, tal como señala Spector (1987), reduce la posibilidad de que este problema exista. Por ello, parece razonable creer que las percepciones de las enfermeras sobre el poder político, psicológico y *burnout* son indicadores válidos de su experiencia en el contexto laboral y de sus reacciones a esas percepciones.

En segundo lugar, que la participación en el estudio fuera voluntaria y se siguiera el criterio de inclusión de que la enfermera estuviera en activo, ha podido sesgar los resultados de prevalencia del *burnout*. Es posible que la causa de que algunos de los profesionales se negaran a participar o que no pudieran hacerlo por encontrarse de baja laboral, fuera que estuvieran afectados por éste síndrome. En este sentido, hubiera sido interesante conocer las características de las enfermeras que no contestaron las encuestas y compararlas con las que sí lo hicieron

En relación con el diseño también es necesario señalar algunas limitaciones. Se trata de un estudio transversal, no experimental, por lo que no podemos hacer inferencias causales.

En términos de generalización de resultados, el método de muestreo aleatorio utilizado permite realizarla a enfermeras de otros contextos hospitalarios similares. Aunque la muestra era representativa de las enfermeras en los hospitales, no se puede ignorar que contestó un 72.94% de las seleccionadas. Otra limitación relacionada con la generalización de los resultados se deriva del análisis que se realiza a nivel individual, por lo que no se pueden aplicar al nivel grupal, que correspondería a las unidades de trabajo seleccionadas. El empleo futuro de técnicas multinivel puede ayudar a superar esta limitación.

Implicaciones Teóricas y Prácticas

Este estudio tiene implicaciones para futuras investigaciones y para prevenir el *burnout* de los profesionales de enfermería. El elevado porcentaje de profesionales que alcanza altos niveles en las dimensiones del *burnout* debe alertar sobre las repercusiones conocidas en el rendimiento laboral y como consecuencia en la calidad de los cuidados que proporcionan a los pacientes (Aiken et al., 2002).

En este sentido, futuras investigaciones en España deben valorar la relación que tiene el *burnout* con los principales indicadores de seguridad de los pacientes, tales como caídas, incidencia de úlceras por presión, de infecciones nosocomiales y los errores en la administración de tratamientos.

Recientemente, Halbesleben, Wakefield, Wakefield y Cooper (2008) señalan que el *burnout* está asociado con baja seguridad del paciente y con un reducido registro de efectos adversos. De igual modo, Laschinger y Leiter (2006) encontraron una significativa relación entre el *burnout* y el registro de efectos adversos en los pacientes, en una muestra de enfermeras canadienses. Además, estos autores confirman parcialmente el papel mediador del *burnout* entre las condiciones de trabajo de las enfermeras y la seguridad de los pacientes. Dado que actualmente en España, las políticas sanitarias de calidad dirigen sus esfuerzos a aumentar la seguridad clínica de los pacientes, futuras investigaciones deben valorar la influencia del *burnout* de los profesionales de enfermería en indicadores de seguridad clínica, al objeto de poner en marcha medidas de prevención.

Otras cuestiones que investigaciones futuras deben valorar están relacionadas con las limitaciones señaladas anteriormente. Para hacer inferencias causales sería necesario llevar a cabo estudio longitudinales. Por otra parte, sería de interés explorar si algunas características de personalidad afectan a las relaciones analizadas en este estudio, por lo que sería necesario incluirlas en futuros estudios. Replicar el modelo teórico en una muestra más amplia permitiría explorar más relaciones y proporcionar una mayor potencia estadística a los resultados. De igual modo, sería interesante explorar el mismo modelo de predicción del *burnout* en enfermeras que desarrollen su trabajo en centros de atención primaria. También, futuros estudios deben contemplar la posibilidad de realizar análisis a nivel grupal y medir el grado de acuerdo en la percepción de *burnout* entre los profesionales de la misma unidad de trabajo. En este sentido, Bakker, Schaufeli, Sixma, y Bosveld

(2001) proporcionan apoyo a la existencia del proceso del contagio del *burnout* entre los profesionales en un hospital.

Respecto a las implicaciones prácticas, dado que desde el enfoque psicopolítico hemos analizado el problema del *burnout* teniendo en cuenta las dimensiones de poder político y psicológico, es esencial que las intervenciones no se limiten a las tradicionales de manejo del estrés, afrontamiento personal y programas similares. Por el contrario, deben incluir cambios en las características socio-estructurales dirigidos a corregir las situaciones de injusticia social que sufren las enfermeras. Un enfoque exclusivo en el nivel individual impide el desarrollo de habilidades para construir una conciencia colectiva y promocionar la justicia social.

En base al papel que tienen las variables de poder político y psicológico en el *burnout*, deben plantearse estrategias de desarrollo sociopolítico con el objetivo de crear conciencia crítica en las enfermeras sobre sus condiciones de trabajo y las consecuencias en los cuidados que proporcionan al paciente (trato despersonalizado y disminución de la seguridad) para que sean capaces de plantear soluciones y poner en marcha acciones. En este proceso de cambio pueden ser útiles modelos descritos por diferentes autores entre los que se encuentran Watts y Abdul-Adil (1998), que detallan varias etapas en las que se evoluciona desde un estado acrítico hasta el de implicación activa, en el que se llevan a cabo acciones para el cambio. Estos enfoques permitirían desarrollar modelos que faciliten a las profesionales pasar del estado de habituación a las situaciones de opresión y la creencia de que las condiciones de trabajo son inmutables, a la descripción de éstas como injustas y la propuesta de opciones para el cambio. Al crear conciencia crítica (Hudgins y Edelman, 1988), los profesionales obtendrán un mayor entendimiento de la asimetría de recursos, entendida como la desigual distribución de éstos entre los profesionales de la salud. El reconocimiento de la falta de poder u opresión psicológica facilitará el desarrollo de estrategias dirigidas a combatirla, pero también es necesario generar en los profesionales un sentido de poder para conseguir que las acciones sean efectivas. Es decir, el siguiente paso implica acciones para mejorar las condiciones de trabajo y eliminar la opresión. Estas deben contemplar la redefinición de rol de las enfermeras en los hospitales, para lo cual es necesario que puedan participar en todos aquellos escenarios dónde se toman

decisiones relacionadas con su desarrollo profesional, tales como las organizaciones profesionales y órganos de gestión dentro de los hospitales.

En relación con las políticas de prevención, los gestores de enfermería pueden utilizar los resultados de este estudio para fortalecer características organizacionales que apoyan la práctica enfermera efectiva y que actúan como barreras cuando se trata de impedir el acceso a ellas. Es decir, se debe superar una perspectiva basada en el control externo y adoptar una basada en la coordinación, integración, y facilitación del trabajo de las enfermeras. Proporcionar el acceso a los recursos, a la información, y apoyo es un requerimiento esencial suficiente para conseguir las metas organizacionales y profesionales.

El acceso de las enfermeras a la información acerca de las políticas de la organización así como a todo aquello que pueda repercutir en su práctica profesional puede aumentarse a través de encuestas periódicas y foros abiertos regularmente para discutir cuestiones del trabajo. Intercambiar información abiertamente contribuye a la confianza en la organización. La visibilidad de los gestores en todos los niveles del contexto clínico es un importante indicador de apoyo y proporciona a las enfermeras la oportunidad de demostrar su experiencia clínica y ser reconocidas por sus habilidades.

Por último, no se debe olvidar la llamada “doble presencia” en un colectivo mayoritariamente femenino. Esta refiere exigencias importantes en el ámbito doméstico familiar e inexistencia de margen de autonomía sobre la ordenación del tiempo del trabajo e implica problemas para conciliar las necesidades del ámbito doméstico-familiar y laboral. En este sentido, las políticas deben tener en cuenta esta circunstancia y diseñar estrategias dirigidas a facilitar la conciliación del ámbito doméstico-familiar y laboral y a superar una serie de barreras invisibles (techos de cristal), que impiden el acceso de las enfermeras a posiciones de poder en las instituciones. En definitiva, a nivel macro, las políticas educativas y sanitarias deben propugnar la igualdad de género y eliminar los estereotipos que existen alrededor de la profesión, por lo que habría que diseñar estrategias dirigidas a superar los roles sexistas.

Conclusiones

Primera: El enfoque psicopolítico permite analizar el *burnout* entre enfermeras como una consecuencia de la vivencia sostenida de condiciones de opresión. Esta perspectiva ha ofrecido un marco nuevo y adecuado para profundizar en algunas de las limitaciones presentada en la mayoría de los estudios anteriores. En concreto, ha permitido realizar una aproximación multinivel al estudio del *burnout*, vinculando las características de los modelos de salud y de cuidados, las características de los hospitales y mediadores psicológicos con el desarrollo del síndrome en unos profesionales que son claves en la estructura de cuidados. En consecuencia, ofrece herramientas conceptuales adecuadas para superar el sesgo individualista que ha dominado la investigación.

Segunda: El síndrome de *burnout* ha sido descrito como la consecuencia de un conjunto de experiencias de opresión que configuran en los profesionales de enfermería un perfil que ha sido denominado opresión interiorizada. Este perfil consiste en la pérdida de significado, de percepción de competencia, de imposibilidad para autodeterminarse y de falta de impacto en la organización.

Tercera: En consecuencia, las condiciones de opresión socio-política tienen una destacada significación en el desarrollo del síndrome de *burnout*. Significativamente, la falta de acceso a los recursos tiene un impacto directo sobre la salud del profesional, destacadamente en el agotamiento emocional, y a través de este síntoma, en el resto de las dimensiones del síndrome.

Cuarta: A los efectos directos enunciados anteriormente, las condiciones de opresión sociopolítica tienen efectos en las características psicológicas de los profesionales. En concreto, hay que destacar cómo la carencia de desarrollo sociopolítico influye negativamente en el significado del trabajo en las enfermeras, lo cual tiene un importante impacto en el profesional en términos de síntomas de *burnout*. De este modo, podemos afirmar que las condiciones de opresión sociopolítica son determinantes en la vivencia de la opresión psicológica, la cual actúa de mediadora para el desarrollo del síndrome de *burnout*.

Quinta: La ideologización del trabajo enfermero tiene un significativo impacto en el desarrollo del síndrome de *burnout*. Esto es debido a que el quehacer habitual de las enfermeras está constituido

por un conjunto de condiciones laborales que les priva de acceder a posiciones efectivas de poder en las organizaciones para desempeñar su rol.

Sexta: El apoyo que nuestros resultados ofrecen al enfoque psicopolítico en el abordaje del síndrome de *burnout* en enfermeras tiene implicaciones a nivel interventivo. Facilitan superar un enfoque preventivo sostenido en el desarrollo de estrategias dirigidas al afrontamiento del estrés, en beneficio de otras orientadas a incrementar el poder de las enfermeras en las organizaciones, garantizando su papel activo en todos los procesos de toma de decisión. Así, la definición de cual debe ser el rol enfermero en la atención a pacientes terminales, nuevos enfoques en el tratamiento de las enfermedades, nuevas enfermedades que requieren estrategias terapéuticas innovadoras, la atención sanitaria en condiciones de diversidad social, etc. son desafíos a los que nuestros hallazgos pueden contribuir a un afrontamiento más efectivo. Por otro lado, las enfermeras deben ocupar un puesto preferente en los dispositivos de gestión de los cuidados y contar con órganos y procedimientos de funcionamiento que aseguren su participación efectiva en todos los niveles de las organizaciones. Esto debe asegurar que las agendas socio sanitarias (a) reconozcan el significativo papel de las enfermeras en los cuidados sanitarios, (b) contemplen en términos de recompensas profesionales y de estatus social las condiciones extremas en el que éste se realiza; (c) aseguren la feminización de las agendas enfermeras, sobre la base de que son mayoritariamente mujeres las que ejercen esta profesión.

Séptima: Los modelos de desarrollo sociopolítico elaborados desde la psicología comunitaria para incrementar el poder en colectivos y grupos desfavorecidos representan un conjunto de herramientas útiles para el desarrollo de buenas practicas enfermeras que aseguren su bienestar y la calidad de los cuidados enfermeros

REFERENCIAS

- Abrahamson, L., Seligman, Y. y Teasdale M. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abu-Hilal, M. M. (1995). Dimensionality of burnout: testing for invariance across Jordanian and Emirate teachers. *Psychological Reports*, 77, 1367-1375.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski J. y Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken, L.H., Havens, D.S. y Sloane, D.M. (2000). The magnet nursing services recognition program: a comparison of two groups of hospitals. *American Journal of Nursing*, 100 (3), 26-36.
- Albar, M.J. y García-Ramírez, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *European Journal of Psychiatry*, 19 (2), 96-106.
- Albar, M.J., Romero, E., González, M.D., Carballo, E., García, A., Gutiérrez, I. y Algaba, S. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, 14(5), 275-279
- Alberdi R. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 2 (11), 20-26.
- Álvarez, G., y Fernández, L. (1991a). El Síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 257-265.
- Anderson, L.M. y Bateman T.S. (1997). Cynicism in the workplace: some causes and effects. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 449-469.
- Andriessen, J.H.E. (1991). *Mediated communication and new organizational forms*. En C.L. Cooper y E.T.C. Robinson (Eds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* . Nueva York: John Wiley and Sons.
- Asforth, B. E. (1989). The experience of powerlessness in organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 43, 207-242.
- Asforth, B. E. (1990). The organizationally induced helplessness syndrome: a preliminary model. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 16, 74-94.
- Asforth, B. y Lee, R. (1990). Defensive behavior in organizations: a preliminary model. *Human Relations*, 43(7), 621-648.
- Atance-Martínez, J.C. (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., y Bosveld, W. (2001). Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 82-98.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción* (p.416). Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1989). Cognitive theory. *Annals of Child Development*, 6, 1-60.

- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderador-mediator distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182
- Barrett, L. y Yates, P. (2002). Oncology / haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialist. *Australian Health Review*, 25(3), 109-21.
- Bartky, S. (1990). *Feminity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. New York: Routledge Publishers.
- Beaulieu, R., Shamian, J., Donner, G., y Pringle, D. (1997). Empowerment and commitment of nurses in long-term care. *Nursing Economics*, 15, 32-41.
- Belcastro, P.A., Gold, R.S. y Hays, L.C. (1983). Maslach burnout inventory: factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53, 364-366.
- Blau, P.M. (1964). *Exchange and power in social life*. Wiley, New York, 1964
- Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42, 36-41
- Bodt, J.H.I., y Van Tuyl, F.J.M. (1988). A workgroup model for nursing wards. En C.J. de Wolff y D. Wallis (Eds.), *Stress and Organizational Problems in Hospitals. Implications for Management* (pp. 191–221). Cambridge: The University Press.
- Boudrias, J. S., Gaudreau, P., y Laschinger, H. K. S. (2004). Testing the structure of psychological empowerment: does gender make a difference? *Educational and Psychological Measurement*, 64, 861-877.
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society*, 14 (6), 723-744.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M., y Guylaine, D. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34, 20–28.
- Bowen, D. y Lawler, E. (1992). The empowerment of service workers: what, why, how, and when. *Sloan Management Review*, 33, 31-39.
- Brass, D. J. y Burkhardt, M. E. (1993). Potential power use an investigation of structure and behavior. *Academy of Management Journal*, 36, 441-470.
- Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2007). In search of the 'third dimension' of burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 56 (3), 460-478.
- Brief, A.P y Nord, W.R. (1990). *Meanings of Occupational Work*. MA: Lexinton Books.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harward University Press
- Brouwers, A. y Tomic, W.A. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.
- Bulhan, H.A. (1985). *Franz Fanon and the Psychology of Oppression*. New York: Plenum.
- Burke, R. J. (1998). Work and non-work stressors and well-being among police officers: The role of coping. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1-18.

- Büssing, A. y Glaser, J. (1999). Work stressors in nursing in the course of redesign: implications for burnout and interactional stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 401-426.
- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E. y Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Medicine*, 15, 27-33.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69). London: Taylor y Francis.
- Byrne, B.M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31, 645-676.
- Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 5, 313-317.
- Canals, J. (1998). Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. *Trabajo Social y Salud*, 29, 191-199
- Cherniss, C. (1980a). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills: Sage.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 135-149). London: Taylor y Francis.
- Christen, B. y Perkins, D.D. (2008). Transdisciplinary, multilevel action research to enhance ecological and psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36 (2) p. 214-231
- Coffey, M. (1999). Stress and burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 433-43.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates
- Conger, J.A. (1989). *The Charismatic Leader*. San Francisco: Jossey-Bass
- Conger, J.A. y Kanungo, R.N. (1988). The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13, 471-482.
- Constable, J.F. y Russell, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12 (1), 20-26.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Comp.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 177-193). London: Taylor y Francis.
- Cropanzano, R., Howes, J.C., Grandey, A.A., y Toth, P. (1997). The relationship of organizational politics and support to work behaviours, attitudes, and stress. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 159-180.
- Crozier, M. (1964). *The Bureaucratic Phenomenon*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Dean, J. W., Brandes, P. y Dharwadkar, R. (1998). Organizational cynicism. *Academy of Management Review*, 23, 341-352.
- Deci, E., Connel, J., y Ryan, R (1989). Self-determination in a work organization. *Journal of Applied Psychology*, 74, 580-590
- Deci, E. y Ryan, R. (1989). The support of autonomy and control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F, y Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Drenth, P.J.D. (1991). Work meanings: a conceptual, semantic and developmental approach. *European Work and Organizational Psychologist*, 1, 125-133.
- Dwyer, D.J., Schwartz, R.H. y Fox, M.L. (1992). Decision-making autonomy in nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 22(2), 17-23.
- Eastburg, M.C., Williamson, M., Gorsuch, R., y Ridley, C. (1994). Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(14), 1233-1250.
- Elizur, D. y Sagie, A. (1999). Facets of personal values: a structural analysis of life and work values. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 73-87.
- Elloy, D.F., Terpening, W. y Kohls, J. (2001). A causal model of burnout among self-managed work team members. *Journal of Psychology*, 135 (3), 321-334.
- Evered, R. y Selman, J. (1989). Coaching and the art of management. *Organizational Dynamics*, 18, 16-32.
- Evers, W., Brouwers, A. y Tomic, W. (2002). Burnout and self-efficacy: a study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72(2), 227-244.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441.
- Fanon, F. (1963). *Los Condenados de la Tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fanon, F. (1967). *Black Skin, White Masks*. New York: Grove Press.
- Farber, B.A. (1983b). Introduction: a critical perspective on burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (pp. 1-22). New York: Pergamon Press.
- Farber, B.A. (1985). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77 (6), 325-331
- Fimian, M.J. y Blanton, L.P. (1987). Stress, burnout, and role problems among teachers trainees, and first – year teachers. *Journal of Occupational Behavior*, 8(2), 157-165
- Foster-Fishman, P.G. y Keys, C.B. (1997). The person/environment dynamics of employee empowerment: an organizational culture analysis. *American Journal of Community Psychology*, 25(3), 345-370.
- Foucault, M. (1997). *The Archaeology of Knowledge*. London: Routledge.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the Oppressed*. Harmondsworth: Penguin.

- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la Esperanza*. México: Siglo XXI.
- French, J. y Raven, B. (1960). The bases of social power. En D. Cartwright, y A. Zander (Eds). *Group Dynamics: Research and theory*. New York: Row, Peterson.
- Freudenberger, H. J. (1974): Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-82.
- Freudenberger, H.J. y Richelson, G. (1980). *Burnout: The High Cost of High Achievement* (p.13). Nueva York: Anchor Press.
- Galbraith, J. (1973). *Designing Complex Organizations*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Co.
- Garden, A.M. (1987). Depersonalization: a valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40, 545-60.
- Gil-Monte, P.R. (2001a). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-23.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P.R. (2002b). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44, 33-40.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" ("burnout") en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(1), 67-80.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, (2), 135-149.
- Gil Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, M.P. (1995). El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (Comps.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp. 211-224). Salamanca: Eudema
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, M.P. (1998). A model of burnout process development: an alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 2 (2), 211-220. .
- Gist, M. (1987). Self-efficacy: implications for organizational behaviour and human resource management. *Academy of Management Review*, 17, 183-211.

- Gist, M.E. y Mitchell, T.R. (1992). Self-efficacy: a theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review*, 17, 183-211.
- Goddard, M.B. y Laschinger, H.K.S. (1997). Nurse managers' perceptions of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration* 10 (2), 40-66.
- Gold, Y., Bachelor, P. y Michael, W.B. (1989). The dimensionality of a modified form of the Maslach Burnout Inventory for university students in a teachers-training program. *Educational and Psychological Measurement*, 49(3), 549-561.
- Golembiewski, R.T. y Rountree, B.H. (1986). Phases of burn-out and properties of work environments: replicating and extending a pattern of covariants. *Organizational Development Journal*, 4, 25-30.
- Golembiewski, R.T., Hilles, R. y Daly, R. (1987). Some effects of multiple interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 295-313.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F. y Carter, D. (1983). Progressive phases of burn-out and their worksite covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 464-81.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Grau, R., Llorens, S., Burriel, R., Salanova, M., y Agut, S. (2004). Competencia percibida como mediadora entre obstáculos / facilitadores organizacionales y bienestar psicológico entre empleados en contacto directo con clientes. En M. Salanova, R. Grau, I.M. Martinez, E. Cifre, S. Llorens y M. García-Renedo (Eds.), *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia* (pp. 187-197). Castellón: Colección Psique (nº 8).
- Gray-Toft, P. y Andersen, J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff. Its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 15, 639-647.
- Greenberg, D.B., y Strasser, S. (Eds.). (1991). The role of situational and dispositional factors of enhancement of personal control in organizations. En L.L. Cumings y B.M. Staw (Eds.), *Research in Organization Behavior* (pp. 45-111). Greenwich, CT: JAI Press.
- Greenberg, D.B., Strasser, S., Commings, L.L., y Dunham, R. (1989). The impact of personal control on performance and satisfaction. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 43, 29-51.
- Greenglass, E., Burke, R. J. y Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: examination of a model. *Work and Stress*, 11(3), 267-278.
- Greenglass, E., Burke, R. J. y Fiksebaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Psychology*, 11(3), 211-215.
- Gutierrez, L., GlenMaye, L. y DeLois, K. (1995). The organizational context of empowerment practice: implications for social work administration. *Social Work*, 40, 249-258.
- Gutthrie, J.P. (2001). High involvement work practices. Turnover and productivity: evidence from New Zealand. *Academy of Management Journal*, 44, 180-190.
- Hackman J. R. y Oldham G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey, *Journal of Applied Psychology*, 60 (2), 159-170.
- Hackman J.R. y Oldham, G.R. (1980). *Work Redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company Inc.

- Halbesleben, J.R.B., Wakefield, B.J., Wakefield, D.S. y Cooper, L.B. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 30, 560-577.
- Hamaideh, S.H., Mrayyan, M.T., Mudallal, R., Faouri, I.G. y Hasawneh, N.A. (2008). Jordanian nurses' job stressors and social support. *International Nursing Review* 55, 40-47.
- Happel, B., Pinikahana, J. y Martín, T. (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress and Health*, 19, 63-68.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Services Professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Hart, P.M. y Cooper, C.L. (2001). Occupational stress: toward a more integrated framework. En N.R. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil, y C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology* (Vol. 2, pp. 93-115). London, UK: Sage.
- Haugh, E.B. y Laschinger, H.S.K. (1996). Power and opportunity in public health nursing work environments. *Public Health Nursing*, 13, 42-48.
- Hatcher, S. y Laschinger, H.S.K. (1996). Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9, 74-94.
- Hobfoll, S. E., y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 115-129). Washington, DC: Taylor y Francis.
- Hobfoll, S.E. (1985). The limitations of social support in the stress process. En I.G. Sarason y B.R. Sarason (Eds.), *Social Support: Research, Theory, and Application* (pp. 391-414). The Hague: Martinus Nijhof.
- Hobfoll, S.E. (1988). Overview (The study of personal relationships in community and clinical psychology). En S. Duck, with D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, y B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of Personal Relationships: Theory, Research, and Interventions* (pp. 487-495). London: Wiley.
- Homans, G. (1958). Social behavior as exchange. *American Journal of Sociology*, 62, 597-606.
- Homans, G. (1971). *Social Behavior: Its Elementary Forms*. Harcourt, New York.
- Hombrado Mendieta, M.I. y Dominguez Fuentes, J.M (2007). La potenciación comunitaria (empowerment). En I. Maya, M. García-Ramírez y Santolaya, F.J. (39-45), *Estrategias de Intervención Psicosocial*. Piramide, Madrid.
- hooks, B. (1993). *Sister of the Yam: Black Women and Self-Recovery*. Boston: South End.
- hooks, B. (1994). *Teaching to Transgress: Education as the Practice of Freedom*. New York: Routledge
- Huse, E. y Bowditch, J. (1986). *El comportamiento Humano en la Organización*. Bilbao: Deusto.
- Huselid, M.A. (1995). The impact of human resource management practices on turnover, productivity and corporate financial performance. *Academy of Management Journal*, 38, 635-672.

- Ibáñez, N., Vilaregut, A. y Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-151.
- Ibarra, H. (1993). Personal networks of women and minorities in management: a conceptual framework. *Academy of Management Review*, 18, 56-87.
- Irving D.M. y Evans M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44, 246– 253.
- Jackson, S. y Jones, J. (Eds.). (1998). *Contemporary Feminist Theories*. Edimburgh, Scotland: University of Edinburgh Press.
- Jones, G.R. (1986). Socialization tactics, self-efficacy, and newcomers' adjustments to organizations. *Academy of Management Journal*, 29: 262-279
- Jöreskog, K. y Sörbon, D. (1996). *Lisrel 8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Joyce, V.F. y Slocum, J.W. (1984). Collective climate: agreement as a basis for defining aggregate climate in organizations. *Academy of Management Journal*, 27, 721-742.
- Kanter, R.M. (1968). Commitment and social organization: a study of commitment mechanisms in utopian communities. *American Sociological Review*, 33 (4), 499-517.
- Kanter, R.M. (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- Kanter, R.M. (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, 57(4), 65-75.
- Kanter, R.M. (1983). *The Change Masters*. New York: Simon y Schuster.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation*.(2nd ed). New York: Basic Books
- Kennedy, B.R. (2005). Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 381- 382.
- Kilfedder, C., Power, K. y Wells, T. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383 -396.
- Kim J.O. y Mueller C.W. (1988) *Factor Analysis: Statistical Methods and Practical Issues*. Sage Publication, Beverly Hills.
- Kinnane, J.F. y Pable M.W. (1962). Family background and work value orientation. *Journal of Counseling Psychological*, 9, 320-325.
- Klein, K.J.; Ralls, R.S.; Smith-Major, V. y Douglas, C. (2000). Power and participation in the workplace: implications for empowerment theory research and practice. In J. Rappaport y E. Seidman (eds.). *Handbook of Community Psychology* (pp. 273-297). Kluwer Academic/ Plenum Publishers. New York.
- Koberg, C. S., Boss, W., Senjem, J. C., y Goodman, E. A. (1999). Antecedents and outcomes of empowerment: empirical evidence from the health care industry. *Group and Organization Management*, 34(1), 71-91.
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. St Louis: CV Mosby.

- Kramer, M. y Schmalenberg, C. (1993). Learning from success: autonomy and empowerment. *Nursing Management*, 24 (5), 58-64.
- Kramer, M.L., Siebert, S.E., y Liden, R.C. (1999). Psychological empowerment as a multidimensional construct: a test of construct validity. *Educational and Psychological Measurement*, 59, 127-142.
- Laschinger, H.K.S. (1996b). Measuring empowerment from Kanter's (1977; 1993) theoretical perspective. *Journal of Shared Governance*, 2(4), 23–26.
- Laschinger, H.K.S. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364.
- Laschinger, H.K.S., Heather, K., Almost, J. y Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *Journal of Nursing Administration*, 33, 410–422.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., y Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26, 7-23.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J. y Almost, J. (2001). Testing Karasek's demand-control model in restructured health care settings: effect of job strain on staff nurses quality of worklife. *Journal of Nursing Administration*, 31, 233-243.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., y Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 527-54.
- Laschinger, H.K.S. y Leiter, M. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Laschinger, H. K.S y Shamian, J. (1994). Staff nurses' and nurse managers' perceptions of job-related empowerment and managerial self-efficacy. *Journal of Nursing Administration*, 24, 38–47.
- Lawler, E.E. (1986). *High involvement Management: participative strategies for improvement in organizational performance*. Jossey-Bass: San Francisco
- Lawler, E.E. (1992). *The ultimate advantage: creating the high involvement organization*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lawler, E.E. (2001). Designing change-capable organizations. En C.L. Cooper y R.J. Burke (Eds.), *The New World of Work: Challenges and Opportunities* (pp. 222-238). Oxford: Blackwell Business.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos* (M. Zaplana, Trad.). Barcelona: Martínez Roca (Trabajo original publicado, 1984).
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75, 743-747.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123- 133.
- Leiter, M.P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout: a response to Golembiewski. *Group & Organization Studies*, 14(1), 15-22.

- Leiter, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.
- Leiter, M.P. (1992). Burnout as a crisis in professionals role structures: measurement and conceptual issues. *Anxiety Stress and Coping*, 5 (1), 79-93.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). London: Taylor y Francis.
- Leiter, M.P. y Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety, stress and coping*, 7, 297-308.
- Leiter, M.P. y Laschinger, H.K.S. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nursing Research*, 55(2), 137-146.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2001). Burnout and quality in a sped-up world. *The Journal for Quality and Participation*, 24 (2), 48-51.
- Liden, R.C. y Arad, S. (1996). A power perspective of empowerment and work groups: implications for human resources management research. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 14, 205-251.
- Lozano, A. y Montalbán, N. (1999) Algunos predictores psicosociales del burnout. *Gestión Hospitalaria*, 2, 66-74.
- MacDuffe, J.P. (1995). Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production system in the world auto industry. *Industrial and Labor Relations Review*, 48 (2), 197-221.
- Manojlovich, M. y Laschinger, H.K.S. (2007). The nursing work life model: extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management*, 15, 256-263.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 197-213
- Mar'I, S.K. (1988). Challenges to minority counselling: Arabs in Israel. *International Journal of the Advancement of Counselling*, 11, 5-21
- Martín-Baró I. (1983). *Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. San Salvador (p.17). UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology. Essays, 1985–1989* (editado por A. Aron y S. Corne). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Martín-Baró, I. (1995) Procesos psíquicos y poder. En M. Montero, O. D'Adamo y V. García. *Psicología de la Acción Política*. Buenos Aires, Argentina: Piados.
- Martinko, M.J. y Gardner, W.L. (1982). Learned helplessness: an alternative explanation for performance deficits. *Academy of Management Review*, 7:195-204
- Más, R. y Escribá, V. (1998). La versión castellana de la escala The Nursing Stress Scale. Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 529-538
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.

- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *American Psychological Society*, 12 (5)
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2nd ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C. Shaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52,397-422.
- Maton, K.I. y Salem, D.A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings. *American Journal of Community Psychology*, 23, 631-656.
- Matteson, M. T. e Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling Work Stress: Effective Resource and Management Strategies*. San Francisco. CA: Jossey –Bass.
- McDermott, K., Laschinger, H.K.S. y Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment, *Nursing Management*, 27 (5), 44-47.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.
- MOW International Research Team (1981). The meaning of working. En G. Douglas y K.Weiermar (Eds.), *Management under Differing Value Systems: Political, Social and Economic Perspectives in Changing Wold*. Berlin-New York: Walters de Gruyter y Co.
- MOW International Research Team (1987). *The Meaning of Working: An International view*. Academic Press: London
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of burn-out. *Human Relations*, 36, 899-910.
- Melchior, M.E., Vanderberg, A.A., Halfens, R. y Abu-Saad, H. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3):158-64.
- Memmi, A. (1968). *Dominated Man*. Boston: Beacon Press.
- Miller, J.B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2nd ed.). London. Penguin.
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., y Gallego-Caminero, G.(2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1): 24-32
- Moane, G. (1999). *Gender and Colonialism: A Psychological Analysis of Oppression and Liberation*. London: Macmillan.
- Moane, G. (2003). Bridging the personal and the political: practices for a liberation psychology. *American Journal of Community Psychology*, 31, 91-101.
- Montenegro, M. (2002). Ideology and community social psychology: theoretical considerations and practical implications. *American Journal of Community Psychology*, 30 (4), 511-527.
- Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria: La Tensión entre Comunidad y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

- Montero, M. (2006). *Hacer para Transformar: El Método en la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morano, R., Albar, M.J., García-Ramírez, M. (en revisión). Afrontamiento del estrés en profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación acción participativa. *Enfermería Clínica*.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C. y Pastor (1990). "El Burnout, una forma específica de estrés laboral". En V. E. Carballo y G. Buena (Comp.), *Manual de Psicología Clínica* Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1993). *Configuración Específica del Estrés Laboral Asistencial en el Profesorado de Educación Media*. Madrid, España: Centro Nacional de Investigación Educativa (CIDE).
- Morgeson, F.P. y Campion, M.A. (2003). Work design. En W.C. Borman, D.R. Ilgen, y R.J. Klimoski (Eds.), *Handbook of Psychology Vol. 12: Industrial and Organizational Psychology* (pp. 423–524). New York: Wiley.
- Mullaly, B. (2002). *Challenging Oppression: A Critical Social Work Approach*. Toronto: Oxford.
- Muñoz, M. J., López, S., Fernández, B., Medina, M. I., Pérez, I. y Torrente, M. J. (2001b). Estudio sobre el "burnout" en la U.C.I. Hospital Torrecárdenas de Almería. En G. Aguilera (Ed.), *Enfermería y Salud laboral: "Un Enfoque hacia el Futuro"* (pp. 189-195). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Nelson, G. y Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology. In pursuit of liberation and wellbeing*. New York: Palgrave MacMillan
- Nelson, G., Prilleltensky, I. y MacGillivray, H. (2001). Building value-based partnerships: toward solidarity with oppressed groups. *American Journal of Community Psychology*, 29 (5), 649- 677.
- Nonaka, I. (1988). Creating organizational order out of chaos: self-renewal in japanese firms, *California Management Review*, 57-93.
- O'Brien, L.A. (1997) *Empowerment and occupational mental health: a test of Kanter's theory of organizational behaviour*. Unpublished Master's Research Project. University of Western Ontario, Canadá.
- Oldham, G.R. y Hackman, J.R. (1981). Relationships between organization structure and employee reactions: comparing alternative frameworks. *Administrative Science Quarterly*, 25, 66-83.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. y Gómez, M.D. (2001). El síndrome de burnout: Variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22 (3), 117-129.
- O'Neill, M. (1992) Community participation Quebec's health system a strategy to curtail community empowerment, *International Journal of Health Services* 22(2), 287-301
- Ozer, E. y Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 472-486.
- Parker, I. (1999). Critical psychology, critical links. *Annual Review of Critical Psychology*, 1, 3-18.
- Peiró, J.M (1993). Los jóvenes ante el trabajo. En J.M. Peiró, F.Prieto, M.J Bravo, P.Ripoll, I.Rodríguez, P. Hontangas y M. Salanova. *Los jóvenes ante el primer empleo: El significado del trabajo y su medida* (pp.11-20). Valencia: NAU llibres.

- Perlman, B., y Hartman, E.A. (1982). Problems and issues for mental health administration in the 1980s. *Journal of Mental Health Administration*, 9(2), 49-52.
- Pijoan, B. (1915). *La enfermera moderna*. Barcelona: Artes y Letras.
- Pines, A.M. (1993). Burnout. In L. Goldberg and S. Breznitz. (Eds.) *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. (2nd Edn.) New York: MacMillan Free Press.
- Pines, A.M. (2002). Teacher burnout: a psychodynamic existential perspective *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 8 (2)
- Pines, A.M. y Kafri, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social Work*, 23, 499-507.
- Pique, E (2003). Mujer y salud desde una perspectiva de género. *Metas de Enfermería*, 6 (53), 50-54
- Prescott, P. A., Dennis, K. E., y Jacox, A. K. (1987). Clinical decision making of staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 19, 56-62
- Price, D.M. y Murphy, P.A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Prilleltensky I. (2003) Understanding, resisting, and overcoming oppression: toward psychopolitical validity. *American Journal of Community Psychology*, 31(1-2), 195-201.
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36 (2), 116-136.
- Prilleltensky, I., y Gonick, L. (1996). Politics change, oppression remains: on the psychology and politics of oppression. *Political Psychology*, 17, 127-148.
- Prillestensky, I., y Nelson, G. (1997). Community psychology: reclaiming social justice. In D.Fox y I. Prilleltensky (Eds.), *Critical Psychology. An Introduction* (pp.166-184). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Prilleltensky, I., y Nelson, G. (2001). *Doing Psychology Critically: Making a Difference in Diverse Settings*. New York: Palgrave/MacMillan.
- Quinn, R. y Spreitzer, G. (1991). The psychometrics of the competing values culture instrument and an analysis of the impact of organizational culture on quality of life. En R. Woodman and W. Pasmore (Eds.), *Research in Organizational Change and Development* (pp. 115-142). Greenwich, Conn.: JAI Press.
- Rappaport, J. y Stewart, E. (1997). A critical look at critical psychology: elaborating the questions. In D. Fox y I. Prilleltensky (eds.), *Critical Psychology: An Introduction* (301-17). London: Sage.
- Rafferty, A.M., Ball, J. y Aiken, L.H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10 (Suppl 2), 32-37
- Reinhartz, S. (1992). *Feminist Methods in Social Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Rey, J. (1974). *Moral profesional del ayudante técnico sanitario: primer curso*. (pp. 22, 55). Santander, Sal Terrae
- Roe, R.A. y Ester, P. (1999). Values and work. Findings and theoretical perspective. *Applied Psychology. An International Review*, 48 (1), 1-21.

- Ryan, W. (1976). *Blaming the Victim*. New York: Random House.
- Sabiston, J.A. y Laschinger, H.K.S. (1995). Staff nurse work empowerment and perceived autonomy. Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 25, 42-50.
- Salancick, G.R., y Pfeffer, J. (1977). Who gets power - and how they hold onto it: A strategic contingency model of power. En J. Hackman, E. Lawler, y L. Porter (Eds), *Perspectives on Behavior in Organizations* (pp. 417 - 429). New York: Mc Graw Hill).
- Schaufeli, W.B. (1995). Stress en burnout in de geestelijke gezondheidszorg [Stress and burnout in mental health care]. En A.M. Elling-de Boer, W.M. de Zwart y P. van Leeuwen (Eds.), *Stressmanagement en Kwaliteitsbeleid in de Verslavingszorg* (pp. 12-20). Utrecht: NIAD.
- Seigall, M., y Gardner, S. (2000). Contextual factors of psychological empowerment. *Personnel Review*, 29 (6), 703-722.
- Shaufeli W.B. y Enzmann D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis*. London: Taylor y Francis.
- Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach, C., y Jackson S.E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: general survey (MBI-GS). En C. Maslach, S.E., Jackson y M.P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory Manual, (30 ed)* (pp. 19-26). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Shaufeli, W.B. y Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1090
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., y Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research - Online*, 8(2), 23-74.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C.L. Cooper e I.T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. IV, (pp. 25-49). New York: Wiley.
- Seisdedos, N. (1997) *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach. Síndrome del Quemado por Estrés Laboral Asistencial. Manual*. Madrid: TEA.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Serrano- García, I., Pérez, D. y Figueroa, M. (2008). *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social-Comunitaria Tomo II*. Editorial: Ciudad
- Siebert, S.E., Silver, S.R. y Randolph, W.A. (2004) Taking empowerment to the next level: A multiple level model of empowerment, performance, and satisfaction. *Academy of Management Journal*, 47, 332-349.
- Sims, J. (1997). Focus on the future. *Journal of Nursing Management* 4(4), 20-21.
- Siu, H.M., Laschinger, H.K. y Vingils, E.(2005). The effect of problem-based learning on nursing students' perceptions of empowerment. *The Journal of Nursing Education*, 44(10), 459-469.
- Sjöberg, L., Olsson, G. y Salay, F. (1983). Cathetic orientation, goal setting and mood. *Journal of Personality Assessment*, 47(3), 307-13.

- Sloan, T. (Ed.). (2000). *Voices for critical psychology*. London: Mcmillan.
- Slocum, J.W. y Sims, H. (1980). A typology for integrating technology, organization, and job design. *Human Relations*, 33, 193-212.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Warg, L. y Ohlson, C. (1996). The factor structure of the Maslach Burnout Inventory in two Swedish human service organizations. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 437-433.
- Spector, P.E. (1987) Method variance as an artefact in self-reported affect and perceptions at work: myth or significant problem? *Journal of Applied Psychology* 72, 438-443.
- Spreitzer, G.M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation, *Academy of Management Journal*, 38, 1442-56.
- Spreitzer, G.M. (1996). Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal*, 39, 483-504.
- Spreitzer, G.M. (1997). Toward a common ground in defining empowerment. *Research in Organizational Change and Development*, 10, 31-62.
- Spreitzer, G., Kizilos, M. y Nason, S. (1997). A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain. *Journal of Management*, 23, 679-704.
- Swann, W.B. Jr. y Predmore, S.C. (1985). Intimates as agents of social support: Sources of consolation or despair? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1609-1617.
- Tabernero, MC., Briones, E., y Arenas, A. (2007). Autoeficacia en la prevención del síndrome del quemado: propuesta de un programa de entrenamiento. En Ediciones Pirámide SA. Vol.1. *El Síndrome de Quemarse Por el Trabajo (Burnout): Grupos Profesionales de Riesgo* (pp. 83-97). Madrid.
- Thomas, K. y Velthouse, B. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Review*, 15, 666-681.
- Thompson, M. S., Page, S. L. y Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Trickett, E.J. (1996). A future for community psychology: the contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24(2), 209-234.
- Trickett, E.J. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: an ecological perspective. *American Journal of Community Psychology*, (in press).
- Tummers, E.R., Landweerd, A. y Merode, G. (2002) Work organization, work characteristics and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9 (3), 183-192
- Turnipseed, D.L. (1998). Anxiety and burnout in the care work environment. *Psychological Reports*, 82, 627-642.
- Tymon, W.G. Jr. (1988). *An empirical investigation of a cognitive model of empowerment*. Unpublished doctoral dissertation, Temple University.

- Thomas, K.W. y Tymon, W.G. Jr. (1994). Does empowerment always work: understanding the role of intrinsic motivation and personal interpretation. *Journal of Management Systems*, 6, 1-13.
- Walkerdine, V. (1996). Working class women: psychological and social aspects of survival. En S. Wilkinson (Ed.), *Feminist social psychologies* (pp. 145-164). Buckingham, UK: Open University Press.
- Walkerdine, V. (1997). Redefining the subject in situated cognition theory. En D. Kirshner y J. A. Whitson (Eds.), *Situated Cognition: Social, Semiotic, and Psychological Perspectives* (pp. 57-70). NJ: Erlbaum.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social - learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183- 99.
- Watts R y Abdul-Adil J. (1998). Promoting critical consciousness in young African-American men. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 16, 63-86.
- Weber, M. (1925). *Economía y Sociedad*, México, F.C.E., 1964.
- Weinberg, A. y Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355, 533-537.
- Wilkinson, S. (2000). Feminist research tradition in health psychology: breast cancer research. *Journal of Health Psychology*, 5, 359-72
- Wilson, B. y Laschinger, H. (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal of Nursing Administration* 24, 39-47
- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor & Francis.
- Wright, T. A. y Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83, 486- 493.
- Wright, P.M. Gardner, T. y Moynihan, L. (2003). The impact of human resource practice on business unit operating and financial performance. *Human Resource Management Journal*, 13, 21-36
- Zabel, R.H., Zabel, M.K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49 (3), 261-63.
- Zellars, K., Perrewe, P. y Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 1570-1598.
- Zimmerman, M.A., y Zahniser, J.H. (1991). Refinements of sphere-specific measures of perceived control: development of a sociopolitical control scale. *Journal of Community Psychology*, 19, 189-204.
- Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 101-115.

APÉNDICE A

Instrumento para la encuesta que incluye las siguientes medidas:

- (1) Registro de Sociodemográficos y laborales /elaboración propia)
- (2) Escala de estresores labores adaptación de Mas y Escibá (1998)
- (3) Escala de empowerment psicológico de Spreitzer (1995)
- (4) Escala de características socio-estructurales de Kanter (adaptación de Spreitzer, 1995)
- (5) Maslach Burnout Inventory (adaptación de Seisdodos, 1997)

Estimada /o compañero /a:

Uno de los problemas que el ejercicio de nuestra profesión tiene es la aparición del estrés. Con el objeto de analizar qué aspectos de nuestros trabajos son los más estresantes, que consecuencias tiene en nuestras vidas y que recursos laborales y personales pueden ser más efectivos para afrontarlos, un grupo de enfermeras de los hospitales de Sevilla hemos decidido realizar este estudio. Nuestro compromiso es proponer estrategias que mejoren nuestras condiciones laborales en base a los resultados que obtengamos. Para ello, necesitamos que cumplimentes las escalas que a continuación te presentamos.

Tu participación es voluntaria. Pero si decides hacerlo, por favor rellena TODAS las escalas y TODOS los ítems; en caso contrario no serían de ninguna utilidad. En caso de duda, no olvides que cualquier respuesta es mejor que ninguna respuesta. La información que proporcionas es absolutamente confidencial y nunca será utilizada de forma individual. Muchas gracias por tu colaboración.

Edad		
Género	H	M
Estado civil		
Soltero /a		
Casado /a		
Pareja		
Separado /a		
Viudo /a		
Años de Experiencia Profesional:		Tiempo trabajado en la Unidad actual:
Unidad de trabajo:		
Médicas /Quirúrgicas		
Cuidados Intensivos /Coronarias		
Urgencias		
Pediatría		
Turno de trabajo		
Rotatorio		
Fijo de Mañana		
Fijo de Tarde		
Fijo de Noche		
Antiestrés		
Turno de 12 horas		

EELE. A continuación encontrarás un listado de situaciones habituales en los servicios hospitalarios y que pueden estar presentes en tu trabajo. Por favor, si la situación que se define nunca te ha ocurrido redonda el NO. En cambio, si te ha ocurrido en el último año, redonda el SI y a continuación marca el número que refleje la intensidad en la que te ha afectado, siendo 0 = nada, 1 = un poco, 2 = mucho y 3 = muchísimo.

Situaciones	Presencia / Ausencia		Intensidad			
	No	Si	0	1	2	3
1. Interrupciones frecuentes en la realización de tareas	No	Si	0	1	2	3
2. Recibir críticas de un médico	No	Si	0	1	2	3
3. Realización de cuidados que resultan dolorosos a los pacientes	No	Si	0	1	2	3
4. Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora	No	Si	0	1	2	3
5. Problemas con un supervisor	No	Si	0	1	2	3
6. Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana	No	Si	0	1	2	3
7. No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros sobre problemas en el servicio	No	Si	0	1	2	3
8. La muerte de un paciente	No	Si	0	1	2	3
9. Problemas con uno o varios médicos	No	Si	0	1	2	3
10. Miedo a cometer errores en los cuidados a un paciente	No	Si	0	1	2	3
11. No tener oportunidades para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros del servicio	No	Si	0	1	2	3
12. Muerte de un paciente con quien has tenido una relación estrecha	No	Si	0	1	2	3
13. El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo	No	Si	0	1	2	3
14. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente	No	Si	0	1	2	3
15. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente	No	Si	0	1	2	3
16. No tener ocasión para expresar a otros compañeros del servicio mis sentimientos negativos hacia algún paciente (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)	No	Si	0	1	2	3
17. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.	No	Si	0	1	2	3
18. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente	No	Si	0	1	2	3
19. Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	No	Si	0	1	2	3
20. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal	No	Si	0	1	2	3
21. Ver a una paciente sufrir	No	Si	0	1	2	3
22. Dificultad para coordinar mi trabajo con uno o varios compañeros de otros servicios	No	Si	0	1	2	3
23. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente	No	Si	0	1	2	3
24. Recibir críticas de un supervisor	No	Si	0	1	2	3
25. Personal y turno imprevisible.	No	Si	0	1	2	3
26. El médico prescribe un tratamiento que parece inadecuado para el paciente	No	Si	0	1	2	3
27. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)	No	Si	0	1	2	3
28. No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente	No	Si	0	1	2	3
29. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio	No	Si	0	1	2	3
30. El médico no está presente en una urgencia médica	No	Si	0	1	2	3
31. No saber que decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento	No	Si	0	1	2	3
32. No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado	No	Si	0	1	2	3
33. Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio	No	Si	0	1	2	3
34. Falta de recursos materiales para hacer el trabajo	No	Si	0	1	2	3

EEP. A continuación se presenta unos enunciados relacionados con tu experiencia en el puesto de trabajo. Redondea la opción que consideras más oportuna en tu caso, en una escala del 1 al 7, correspondiendo el 1 = *Totalmente en desacuerdo* y 7 = *Totalmente de acuerdo*.

Enunciado		Puntuación						
EmS1	El trabajo que yo hago es muy importante para mí	1	2	3	4	5	6	7
EmS2	Mis actividades laborales son personalmente valiosas	1	2	3	4	5	6	7
EmS3	El trabajo que realizo es significativo para mí	1	2	3	4	5	6	7
EmC1	Confío en mi aptitud para hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EmC2	Confío en mi capacidad para desarrollar las tareas que se requieren en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EmC3	He adquirido dominio en las habilidades necesarias para desarrollar mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EmA1	Tengo autonomía para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EmA2	Yo puedo decidir por mi mismo cómo organizar mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EmA3	Tengo suficiente libertad e independencia para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EmI1	Mi trabajo es importante para el funcionamiento de mi unidad	1	2	3	4	5	6	7
EmI2	Tengo suficiente control sobre lo que ocurre en mi unidad	1	2	3	4	5	6	7
EmI3	Tengo suficiente influencia en lo que ocurre en mi unidad	1	2	3	4	5	6	7

EEE. A continuación se presenta unos enunciados relacionados con tu experiencia en el puesto de trabajo. Redondea la opción que consideras más oportuna en tu caso, en una escala del 1 al 7, correspondiendo el 1 = *Totalmente en desacuerdo* y 7 = *Totalmente de acuerdo*.

EAS1	Para hacer bien mi trabajo tengo el refuerzo que necesito de mi superior	1	2	3	4	5	6	7
EAS2	Para hacer bien mi trabajo tengo el refuerzo que necesito de mis compañeros	1	2	3	4	5	6	7
EAS3	Para hacer bien mi trabajo tengo el refuerzo que necesito de mis subordinados	1	2	3	4	5	6	7
EAS4	Para hacer bien mi trabajo tengo el refuerzo que necesito de mi equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EAIE1	Tengo acceso a la información que necesito para hacer bien mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EAIE2	Entiendo la visión del equipo de gestión de la organización	1	2	3	4	5	6	7
EAIE3	Entiendo las estrategias y metas de la organización	1	2	3	4	5	6	7
EAR1	Tengo acceso a los recursos que necesito para hacer bien mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
EAR2	Puedo obtener los recursos para desarrollar nuevas ideas y mejorar el trabajo en mi unidad	1	2	3	4	5	6	7
EAR3	Cuando necesito recursos adicionales para hacer mi trabajo, normalmente los obtengo	1	2	3	4	5	6	7
ECU1	En mi Unidad existe participación y discusión abierta	1	2	3	4	5	6	7
ECU2	En mi Unidad existe flexibilidad y descentralización	1	2	3	4	5	6	7
ECU3	En mi Unidad hay valoración de las preocupaciones e ideas de los trabajadores	1	2	3	4	5	6	7
ECU4	En mi Unidad hay procesos creativos de solución de problemas	1	2	3	4	5	6	7
ECU5	En mi Unidad hay relaciones humanas, trabajo en equipo y cohesión	1	2	3	4	5	6	7

MBI. A continuación se presenta una serie de enunciados que UD. debe responder redondeando el número que le corresponda a la opción que considere más oportuna para su caso, de acuerdo a las siguientes indicaciones: 0 = Nunca; 1 = *Algunas veces al año*; 2 = *Una vez al mes o menos*; 3 = *Varias veces al mes*; 4 = *Una vez a la semana*; 5 = *Varias veces a la semana*; 6 = *Todos los días*

Enunciado	Puntuación						
1. Me siento agotado emocionalmente por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Estoy rendido al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Me es fácil entender como se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con pacientes representa para mí un gran esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7. Afronto con mucha eficacia los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Estoy “quemado” por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que con mi trabajo influyo positivamente en la vida de otras personas.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que tengo este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento con muchas energías	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que mi trabajo es bastante duro	0	1	2	3	4	5	6
15. No me importa realmente lo que les ocurra a algunos de los pacientes que atiendo	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me resulta estresante	0	1	2	3	4	5	6
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento confortado después de trabajar estrechamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. En este trabajo he conseguido muchas cosas que merecía la pena	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo afronto los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

APENDICE B

- (1) Autorización de la Profa. Gretchen M. Spreitzer para adaptar y usar en enfermeras españolas su escala de empowerment psicológico (p. 137)
- (2) Autorización del Comité de Ética e Investigación Clínica del Área Hospitalaria Virgen Macarena del SSPA (p. 138)

Gretchen M. Spreitzer
Professor of Management
and Organizations

Stephen M. Ross School of Business
University of Michigan
701 Tappan Street, Room E2550
Ann Arbor, Michigan 48109-1234
Tel 734.936.2835 Fax 734.615.4323
spreitze@umich.edu
<http://webuser.bus.umich.edu/spreitzer/>



September 15, 2008

Maria-Jesus Albar
Unidad de Investigación
Hospital Virgen Macarena
Servicio Andaluz de Salud.
Avd. Dr. Fedriani, s/n
41071 Sevilla
Spain

Dear Ms. Albar:

Thank you for your message. Your research sounds most interesting. You are most welcome to use my Psychological Empowerment Instrument including translating it for your research. Please share your findings with me so I can learn from you.

Best wishes,

A handwritten signature in black ink that reads 'Gretchen M. Spreitzer'.

Gretchen M. Spreitzer
Professor of Management and Organizations

D. ÁNGEL SENDÓN PÉREZ, COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA DE SEVILLA,

CERTIFICA:

Que esta Comisión en sesión celebrada el 15 de julio de 2003 ha evaluado y aprobado el estudio titulado "**Análisis de los factores psicosociales asociados a la prevención del síndrome de burnout en profesionales de enfermería hospitalaria de Sevilla.**" presentado por el Dña María Jesús Albar Marín coordinadora de investigación en enfermería de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Virgen Macarena

Y para que conste firmo el presente documento en Sevilla, a 15 de julio de 2003

Fdo: El Presidente



La Secretaria

