

Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería

M^a Isabel Ríos Rísquez,¹ Carmen Godoy Fernández² y Julio Sánchez-Meca³

¹ Servicio de Urgencias, Hospital Morales Meseguer, Murcia. Escuela de Enfermería, Universidad de Murcia (España)

² Dpto Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia (España)

³ Dpto Psicología Básica y Metodología, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia (España)

Resumen: Esta investigación pretendía analizar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, así como el potencial efecto de la “dureza” o “personalidad resistente” como factor de protección de dicho proceso y sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores. La muestra estaba constituida por 97 profesionales de enfermería pertenecientes a las unidades de Intensivos y de Urgencias de un Hospital de tercer nivel. Se les aplicaron cuatro instrumentos: un cuestionario elaborado ad hoc de variables sociodemográficas y laborales, una versión española del *Cuestionario de Salud General* (GHQ-28), una adaptación española del *Inventario de Burnout de Maslach* (MBI) y la *Escala de Personalidad Resistente* (CPR) del *Cuestionario de Desgaste Profesional del Personal de Enfermería* (CDPE). Los resultados apoyan la relación entre la personalidad resistente, el síndrome de burnout y sus consecuencias sobre la salud. Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados, así como algunas recomendaciones para la investigación futura en este campo.

Palabras clave: Estudio *ex post facto*; personalidad resistente; burnout; salud; personal de enfermería.

Title: Burnout, hardy personality, and psychological distress in nursing personnel.

Abstract: The aim of this research was to analyze the relevance of individual variables in the development of burnout, as well as the possible effects of ‘hardiness’ or ‘hardy personality’ as a protective factor against burnout and its consequences on workers’ health. The sample was composed of 97 nursing professionals belonging to the intensive care and emergency units in a hospital. Four assessment instruments were applied to the participants: an ad hoc questionnaire of sociodemographic and work variables, a Spanish version of the *General Health Questionnaire* (GHQ-28), a Spanish adaptation of the *Maslach Burnout Inventory* (MBI), and the *Hardy Personality Scale* (CPR) of the *Nursing Burnout Questionnaire* (CDPE). The results confirmed the relationship between hardy personality and burnout, as well as the health consequences of the latter. Finally, the clinical implications of the results are discussed, as well as some recommendations for future research in this field.

Key words: *Ex post facto* study; hardy personality; burnout; health; nursing staff.

Introducción

El estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) constituyen un fenómeno muy extendido en gran parte de las organizaciones asistenciales y de la salud. Las consecuencias que puede tener el estrés sobre la organización (absentismo, rotación y/o abandono del puesto, accidentabilidad, etc.) y sobre la salud física y psíquica han sido estudiadas en multitud de publicaciones (e.g. Bausela, 2005; Gil-Monte, 1996, 1997, 2007; Grau, 2007; Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez, 2007). En muchos de estos estudios se justifica la elevada presencia del estrés y sus consecuencias aludiendo a las características específicas de las profesiones sanitarias: atender el dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, conflictos de rol, los pacientes problemáticos, etc. (De Pablo, 2007; Gil-Monte, 2007; Grau, 2007; Harrison, Loiselle, Duquette y Semenic, 2002; Manzano, 2008). En el contexto laboral sanitario, las unidades de cuidados intensivos han sido especialmente estudiadas (e.g. Badger, 2008; Bakker, Le Blanc y Schaufeli, 2005; Embriaco et al., 2007; Lederer, Kinzl, Trasweger, Dosch y Suman, 2008; Levy, 2004; Poncet et al., 2007), por estar presentes en ellas numerosas fuentes de estrés: tecnificación del ambiente laboral, eventos críticos, gravedad de los pacientes a atender, contacto estrecho con la muerte, ambigüedad e incertidumbre, información de malas noticias a la familia, etc. (Levy,

2004; Moreno y Peñacoba, 1999) . En algunos de estos trabajos se analizan las características específicas de estas unidades especiales que hacen que los profesionales que trabajan en ellas sean especialmente vulnerables a los efectos del estrés crónico. Así, se destacan aspectos tales como la “incertidumbre” que caracteriza el cuidado a pacientes críticos: incertidumbre en el pronóstico, en las decisiones médicas a tomar en casos límite, en el curso evolutivo de la enfermedad, etc. Esto provoca con mucha frecuencia en los cuidadores profesionales sentimientos de frustración, enfado e irritabilidad, sensación de ineficacia y miedo al fracaso (Levy, 2004). Son sentimientos que, mantenidos a lo largo del tiempo, desembocan en un profundo desgaste emocional, uno de los síntomas característicos del denominado síndrome de quemarse por el trabajo. También las unidades de Urgencias han sido analizadas por su alta exposición a factores laborales estresantes. Por lo que respecta a las categorías profesionales sanitarias, el personal de enfermería, como agente proveedor directo de los cuidados, parece ser especialmente vulnerable a los efectos del estrés. Así, Harrison et al. (2002) resaltan que la profesión de enfermería experimenta mayor malestar psicológico que la población general.

Respecto a la delimitación conceptual del denominado Síndrome de Quemarse por el trabajo, y a pesar de la gran diversidad de definiciones y confusión conceptual existente (Gil-Monte, 2003), se halla un consenso entre los diversos autores en considerar que este síndrome aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. Desde una perspectiva psicosocial, Cristina Maslach (1976, 1982) definió este síndrome como un proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico que se

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: M^a Isabel Ríos Rísquez. Hospital Morales Meseguer, Urgencias, C/Marqués de los Vélez s/n, 30008 Murcia (España). E-mail: mi.rios@um.es

daba entre los profesionales de servicio o ayuda a personas. De esta manera, dio lugar a la definición más conocida de este cuadro sintomatológico caracterizándolo como un síndrome en el que se experimentan sentimientos de agotamiento emocional, actitudes de despersonalización ó distanciamiento, y una baja realización personal en el trabajo. Desde que surgiera esta definición, han sido muy numerosos los trabajos que han tratado de analizar y estimar la prevalencia de este síndrome en distintos colectivos profesionales (Carrero, Roldán, y Gil-Monte, 2005; Farrerons y Calvo, 2008; Moreno, Moret, Rodríguez, y Morante, 2006; Serrano, Garcés de los Fayos, e Hidalgo, 2008). Otros estudios han relacionado este cuadro con otro tipo de variables como la satisfacción laboral y salud ó bienestar (Augusto, Berrios, López, y Aguilar, 2006; Boada, Agulló y De Diego, 2004; Gil-Monte, 1996; Miró et al., 2007), o incluso los valores personales de los profesionales analizados (Segura et al., 2006). Recientemente, surgen otras publicaciones que, desde una perspectiva preventiva y partiendo de un enfoque de psicología ocupacional positiva, tratan de abordar esta problemática y posibles estrategias de prevención e intervención en los contextos organizacionales (Franco, 2009).

Son diferentes los modelos teóricos que han tratado de explicar cómo se produce este proceso de desgaste profesional (Gil-Monte y Peiró, 1997, 1999; Gil-Monte 2007). Entre ellos, el grupo que integra la Teoría Sociocognitiva del Yo, engloba aquellos modelos que se caracterizan por otorgar a las variables del Self (autoeficacia, autoconcepto, autoconfianza, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Partiendo de este enfoque teórico, se asume, pues, que las variables personales tienen una importante relevancia en la génesis y desarrollo de este proceso.

Gran parte de los estudios que han investigado el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería, se ha centrado en las variables de tipo organizacional que desencadenan o causan las consecuencias del estrés laboral crónico. En cambio, es más escaso el número de estudios que investiga variables psicológicas de personalidad como posibles predictoras del síndrome y sus consecuencias sobre el bienestar psíquico de los profesionales sanitarios.

Entre los modelos salutogénicos, que enfatizan las variables personales del sujeto vinculadas al burnout, hay que destacar el propuesto por Kobasa (1979). Esta autora propuso el concepto de 'personalidad resistente' (*hardy personality* ó *hardiness*), al observar que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno de salud. Dos características fundamentales en el modelo de Kobasa son: (a) la conceptualización del hombre como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus conductas, y (b) la consideración de la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés (Peñacoba y Moreno, 1998).

El concepto de 'resistencia' (*hardiness*) surge a partir de la idea de "protección" frente a los estresores, y no puede entenderse sino como resultado de la interacción individuo-medio, tratando de ser un concepto clave en la psicología

social del estrés y la salud (Kobasa, 1979; Moreno, González y Garrosa, 2002; Peñacoba y Moreno, 1998). Este constructo está constituido por tres dimensiones (Kobasa, 1979): compromiso, control y reto.

El **compromiso** es la tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida, y es una cualidad que es propuesta como moderadora de los efectos de estrés. Además, esta cualidad no se limita a un sentimiento de competencia personal, sino que incluye igualmente un sentimiento de comunidad y/o corporación (Peñacoba y Moreno, 1998).

La dimensión de **control** ha sido la más estudiada del modelo propuesto por Kobasa. Hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Esta capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos o situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad y, en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.

La dimensión de **reto** hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Desde este punto de vista, un estímulo estresante se entendería como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad.

La utilización de este modelo puede ayudar a comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad. La evidencia de este constructo como un factor protector de la salud ha sido puesto de manifiesto en numerosos estudios de Kobasa (Kobasa, 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982). Por otra parte, numerosos trabajos han tratado de estudiar la relación de este concepto con determinados aspectos de la salud, entre ellos el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería (Boyle et al., 1991; Collins, 1996; Judkins, Reid y Furlow, 2006; McCranie, Lambert y Lambert, 1987; Topf, 1989; Williams, 1990). Se ha propuesto que la personalidad resistente actúa sobre la salud de dos formas diferentes: de forma indirecta, reduciendo el impacto de los eventos estresantes a través del empleo de estrategias de afrontamiento positivas, y de forma directa, por los propios factores componentes del constructo, especialmente el compromiso. Diferentes investigaciones destacan la importancia de este constructo de personalidad como variable moduladora de los efectos del burnout en este colectivo profesional (Boyle, Grap, Younger y Thornby, 1991; Garrosa, Moreno, Liang y González, 2008; Harrison et al., 2002; Judkins, Reid y Furlow, 2006; Lambert, Lambert, Petrini, Li y Zhang, 2007; McCranie et al., 1987; Ortega, Ortiz y Coronel, 2007; Topf, 1989; Williams, 1990). Algunos estudios, como el realizado por Judkins, Massey y Huff (2006), vinculan este constructo de personalidad con la frecuencia de bajas por enfermedad entre los profesionales, llegando a la conclusión de que aquellos que poseen este tipo de personalidad son más resistentes a los efectos del estrés y causan menos bajas por enfermedad. Los resultados de sus estudios son concordantes con los obtenidos por Kenney y Bhattacharjee (2000), quienes

encontraron una mayor frecuencia de síntomas físicos de estrés en personas con bajos niveles de personalidad resistente.

En España, son escasos los estudios realizados sobre las relaciones entre estrés, personalidad resistente y el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería. La mayoría de los estudios encontrados se centran en el colectivo docente y han encontrado que el compromiso es la dimensión que más peso tiene en su relación con el síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno, Garrosa y González, 2000). Concretamente, Moreno et al. (2000) parecen confirmar el modelo de personalidad resistente propuesto por Kobasa (1982) con los resultados obtenidos en su estudio: los profesores con puntuaciones más altas o intermedias en personalidad resistente mostraban índices menores de estrés de rol, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en su trabajo, que los profesores con puntuaciones más bajas. Otro estudio nacional más reciente y realizado con estudiantes y personal de enfermería (Garrosa et al., 2008) establece un modelo predictivo del burnout en el que los factores componentes de la personalidad resistente se relacionan de forma negativa con el mismo.

Atendiendo, pues, al marco teórico y empírico de referencia, el objetivo de esta investigación era analizar en qué medida las variables de personalidad resistente podrían contribuir a explicar el proceso de burnout y el malestar psíquico en una muestra de profesionales de enfermería de cuidados críticos y urgencias. Partiendo de los hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica, se propusieron varias hipótesis: (1) se esperaba encontrar una relación negativa entre los factores que constituyen la personalidad resistente y las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización del síndrome de quemarse por el trabajo, (2) se esperaba encontrar una relación positiva entre las dimensiones del síndrome de quemarse por el trabajo y la frecuencia malestar psicológico, (3) los factores constituyentes de la personalidad resistente presentarían una relación negativa con la frecuencia de malestar psicológico, y (4) puntuaciones bajas en personalidad resistente y altas en las dimensiones del síndrome de quemarse por el trabajo serían predictoras de una mayor vulnerabilidad psíquica.

Método

Diseño

Para la realización de esta investigación se aplicó un diseño *ex post facto* y, en concreto, un estudio retrospectivo de un solo grupo mediante la aplicación de varios instrumentos de medición psicológica a una muestra de profesionales de enfermería (Montero y León, 2007).

Participantes

Se utilizó una muestra de conveniencia. Participaron voluntariamente en el estudio 97 de los 125 profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital Morales Meseguer de Murcia. El estudio incluyó dos categorías profesionales: enfermeras y auxiliares de enfermería. Los porcentajes de participación en los dos servicios, Urgencias y Cuidados Intensivos, fueron muy similares: 79.7% y 75%, respectivamente.

La muestra presentó una edad media de 36.1 años ($DT = 7.9$), con un rango de edades entre los 24 y los 59 años. La antigüedad laboral en su actual unidad de trabajo era de 44.8 meses en promedio ($DT = 37.7$). Predominaba el género femenino con un 74.2% de la muestra. El 58.8% de los participantes no tenía hijos. En cuanto al estado civil, predominaban las personas casadas o emparejadas (53.6%), frente a las solteras (39.2%), si bien también se registró un 5.2% de separados y un 2.1% de viudos. En cuanto al perfil de características laborales, un 43,3% de los profesionales pertenecían al servicio de Intensivos y un 56.7% al de Urgencias. Predominó la categoría profesional de enfermería (74.2%) sobre la de auxiliares de enfermería (25.8%) y según el tipo de contrato, se registró un 46.4% de interinos, un 28.9% de personal contratado y un 24.7% de profesionales con plaza en propiedad. La mayor parte de los profesionales (un 79.4%) manifestaban seguir un turno rodado con noches, frente a una minoría (un 18.6%) que trabajaba en un turno fijo. En cuanto a los años de experiencia profesional, un 14.4% de los profesionales eran noveles (0-5 años de experiencia), un 74.2% tenían entre 6 y 15 años de experiencia y tan sólo un 11.3% tenía más de 15 años de experiencia.

Instrumentos de evaluación

Se administraron tres pruebas psicológicas validadas y un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado ad-hoc para esta investigación. A continuación se describen brevemente los instrumentos utilizados:

Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Este cuestionario, elaborado por Maslach y Jackson (1986), mide la frecuencia e intensidad del burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. En este estudio se ha utilizado la versión comercial adaptada para la población española de TEA (Maslach y Jackson, 1997). El inventario consta de 22 ítems agrupados en tres escalas: Cansancio Emocional (9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo), Despersonalización (5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención) y Realización Personal en el trabajo (8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás). Los 22 ítems tipo Likert se puntúan de "nunca" (0) a "todos los días" (6). Puntuaciones altas en Cansancio Emocional y en Despersonalización, y bajas en Realización Personal se asocian a la presencia de sintomatología burnout. El estudio de

Gil-Monte y Peiró (2000) con población española obtuvo unos valores de consistencia interna de .84 para la escala de Agotamiento Emocional, .72 para la Realización Personal en el trabajo y de .58 para la escala de Despersonalización.

Escala de Personalidad Resistente (CPR), del Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE) validado por Moreno et al. (2000b). Esta escala está diseñada para medir la personalidad resistente ('hardiness') como variable personal que modula la relación entre el estrés y sus consecuencias. Siguiendo el modelo propuesto por Kobasa (1979), la escala de Personalidad Resistente queda operativizada en tres dimensiones: Compromiso (8 ítems), Reto (7 ítems) y Control (6 ítems), que se miden a través de 21 ítems tipo Likert puntuados de 1 (completamente en desacuerdo) a 4 puntos (completamente de acuerdo), de tal forma que a mayor puntuación mayor personalidad resistente para esa dimensión. Así mismo, es posible obtener una puntuación global de Personalidad Resistente a partir de la media de las tres dimensiones que componen el constructo. El estudio original de Moreno et al. (2000b) demostró una buena consistencia interna para la escala total de Personalidad Resistente ($\alpha = .86$) y para las tres dimensiones (Compromiso: $\alpha = .81$; Reto: $\alpha = .81$; Control: $\alpha = .75$).

Cuestionario General de Salud (GHQ-28). Este cuestionario diseñado originalmente por Goldberg (1979), fue concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psicológicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría. La versión empleada para este estudio ha sido la más difundida en nuestro país, el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo et al. (1986). Este cuestionario consta de 28 ítems, agrupados en 4 escalas con 7 ítems cada una: escala A (síntomas psicósomáticos), escala B (síntomas de ansiedad e insomnio), escala C (síntomas de malestar cotidiano) y escala D (síntomas depresivos). Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas (puntuadas de 0 a 3, de menor a mayor frecuencia de sintomatología). El rango de puntuaciones de cada escala varía entre 0 y 21, mientras que la escala total va de 0 a 84 puntos. Se han realizado numerosos estudios internacionales de validación de este cuestionario con buenos índices de fiabilidad. En España, el estudio psicométrico realizado por Godoy, Godoy, López y Sánchez (2002), obtuvo un coeficiente α de Cronbach de .97 para la escala total, oscilando los valores de consistencia interna entre .91 y .97 para las subescalas de síntomas que componen el cuestionario.

Procedimiento

Se accedió a la muestra a través de los supervisores de ambas unidades asistenciales. La participación de los profesionales fue voluntaria, asegurando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos. La batería de cuestionarios se les entregaba a los profesionales en sobre cerrado, en el que también se incluía una hoja de presentación exponiendo de forma general (sin aludir específicamente a las variables objeto de estudio) que se trataba de un estudio sobre variables laborales, de personalidad y salud.

Del mismo modo, se agradecía en dicha carta de presentación la colaboración por parte de los profesionales, asegurándoles un feedback de información sobre los resultados una vez finalizado el estudio. El sobre fue entregado a todo el personal que figuraba en la plantilla de ambos servicios.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0. Se obtuvo una matriz de correlaciones de Pearson para analizar la asociación entre las variables cuantitativas. Además, se realizaron análisis de regresión múltiples por pasos (método stepwise) tomando como variable dependiente las puntuaciones obtenidas para el estado general de salud y como variables predictoras los factores de la personalidad resistente así como las dimensiones que constituyen el síndrome de quemarse por el trabajo.

Resultados

Análisis descriptivo

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos obtenidos para cada una de las variables cuantitativas estudiadas. En un primer análisis, dos variables sociodemográficas de los participantes (la edad y la presencia versus ausencia de hijos) presentaron relaciones significativas con algunos de los síntomas de malestar psicológico objeto de estudio. En primer lugar, los profesionales con hijos presentaron una menor frecuencia de síntomas de malestar cotidiano (subescala GHQ-C) que los profesionales sin hijos [$T(93,1) = -2.11$; $p = .037$; $d = 0.44$]. En segundo lugar, la edad presentó una correlación significativa con las subescalas de síntomas de ansiedad (GHQ-B) y de depresión (GHQ-D). En este sentido, a medida que se incrementa la edad, los profesionales manifestaban una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad ($r = .22$; $p < .05$) y de depresión ($r = .23$; $p < .01$) (ver Tabla 2).

Comprobación de las hipótesis

En la Tabla 2 se presentan las correlaciones de Pearson obtenidas entre la edad, las dimensiones que componen el síndrome de quemarse por el trabajo, los factores constituyentes de la personalidad resistente y la frecuencia de sintomatología psíquica. Nuestra primera hipótesis planteaba una relación negativa entre la personalidad resistente y las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización en el trabajo medidas con el MBI. En efecto, la personalidad resistente presentó una relación negativa y significativa con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y de manera positiva con la dimensión de realización personal en el trabajo ($p < .01$). Se observa claramente que es la dimensión de cansancio emocional la que registra una asociación más relevante con el constructo de personalidad resistente y cada uno de sus componentes.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas (N = 97)

Variable	Mínimo	Máximo	Media	DT
Edad (años)	24	59	36.13	7.98
Antigüedad laboral (meses)	2	135	44.82	37.69
MBI-Cansancio Emocional	1	54	23.55	11.13
MBI-Despersonalización	0	21	7.59	5.44
MBI-Realización Personal	10	48	36.76	7.71
CPR-Total	1.83	3.42	2.76	0.33
CPR-Compromiso	1.87	3.87	2.84	0.39
CPR-Reto	1.86	4	3.12	0.49
CPR-Control	1.17	3.14	2.31	0.51
GHQ-Total	4	61	22.45	11.04
GHQ-A	0	18	7.06	4.23
GHQ-B	0	19	6.45	4.39
GHQ-C	2	18	7.36	2.41
GHQ-D	0	16	1.60	2.89

DT: desviación típica. CPR-Total: puntuación global de Personalidad Resistente; GHQ-Total: puntuación global de Estado de Salud General; GHQ-A: Escala de Síntomas Psicosomáticos; GHQ-B: Escala de Síntomas de Ansiedad-Insomnio; GHQ-C: Escala de Disfunción Social; GHQ-D: Escala de Síntomas Depresivos.

Tabla 2: Matriz de coeficientes de correlación de Pearson (N = 97).

VARIABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Edad	1												
2. Antigüedad en el servicio	.34**	1											
3. Cansancio Emocional	.18	.12	1										
4. Despersonalización	-.06	.10	.31**	1									
5. Realización Personal	.07	-.23*	-.11	-.12	1								
6. Personalidad Resistente Global	-.23*	-.19	-.41**	-.37**	.27**	1							
7. Compromiso	-.15	-.15	-.44**	-.33**	.34**	.72**	1						
8. Control	-.12	-.14	-.22*	-.12	.16	.07**	.25*	1					
9. Reto	-.24*	-.12	-.26*	-.37**	.13	.75**	.42**	.21*	1				
10. GHQ-Total	.19	.02	.44**	.30**	-.09	-.43**	-.28**	-.34**	-.34**	1			
11. GHQ-A	.08	.05	.38**	.20*	-.03	-.36**	-.28**	-.18	-.33**	.85**	1		
12. GHQ-B	.22*	-.02	.47**	.21*	-.07	-.39**	-.26**	-.33**	-.25*	.88**	.67**	1	
13. GHQ-C	.07	-.03	.21*	.26**	-.08	-.37**	-.17	-.33**	-.28**	.69**	.46**	.47**	1
14. GHQ-D	.23**	.06	.23*	.31**	-.11	-.24*	-.12	-.25*	-.19	.67**	.36**	.45**	.40**

** p (bilateral) < .01 (bilateral). * p (bilateral) < .05. GHQ-Total: puntuación global Estado de Salud General; GHQ-A: Escala de Síntomas Psicosomáticos; GHQ-B: Escala de Síntomas de Ansiedad-Insomnio; GHQ-C: Escala de Disfunción Social; GHQ-D: Escala de Síntomas Depresivos

La segunda hipótesis hacía referencia a la relación positiva entre el síndrome de quemarse por el trabajo y malestar psicológico. Como puede observarse en la Tabla 2, se obtuvo una correlación positiva y significativa entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y la frecuencia de sintomatología psíquica ($p < .05$), quedando la realización personal en el trabajo al margen de asociaciones significativas con esta variable.

La tercera hipótesis planteaba una relación negativa entre personalidad resistente y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico. En general, se obtuvieron correlaciones significativas y de signo negativo entre dichos componentes de la personalidad resistente y cada una de las escalas de síntomas que componen el cuestionario GHQ-28, destacando la asociación entre el constructo global de personalidad resistente y la frecuencia total de síntomas registrada ($r = -.43$; $p < .01$).

La cuarta y última hipótesis postulaba modelos predictivos de los síntomas de malestar psíquico a partir de las dimensiones de personalidad resistente y del síndrome de burnout. Con este propósito, se realizaron cinco análisis de regresión por pasos, tomando como variable criterio en cada uno de ellos la puntuación total del cuestionario general de

Salud GHQ-28 y cada una de las cuatro subescalas que lo componen. Se plantearon como variables predictoras de partida la puntuación global de personalidad resistente global y cada uno de sus componentes (compromiso, reto y control), las tres dimensiones que configuran el síndrome de quemarse por el trabajo (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y las variables número de hijos (dicotomizada en presencia versus ausencia de hijos) y edad, que habían resultado significativas en los análisis previos.

La Tabla 3 presenta los cinco modelos de regresión con las variables predictoras seleccionadas en cada caso. El modelo predictivo de la puntuación total en síntomas de malestar psíquico (GHQ-Total) estuvo formado por dos predictores que explicaron el 25.5% de la varianza [$F(2, 94) = 17.47$, $p < .001$], siendo el factor de cansancio emocional del MBI y la personalidad resistente global las variables que predicen de forma significativa la presencia global de malestar psíquico. Además, el sentido de la relación entre estos predictores y el malestar psíquico fue en la dirección predicha: una relación positiva para cansancio emocional ($B = 0.317$) y negativa para personalidad resistente ($B = -0.311$).

Tabla 3: Resultados de los cinco modelos de regresión por pasos aplicados sobre los síntomas de malestar psíquico.

VD / Predictores seleccionados	<i>b</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>R</i> _{parc}
VD: GHQ-Total					
<i>Predictores:</i>					
MBI-Cansancio Emocional	0.311	0.31	3.24	.002	.317
CPR-Total	-10.16	-0.31	-3.17	.002	-.311
VD: GHQ-A (síntomas psicósomáticos)					
<i>Predictores:</i>					
MBI-Cansancio Emocional	0.122	0.321	3.36	.001	.328
CPR-Reto	-2.103	-0.243	-2.55	.012	-.255
VD: GHQ-B (síntomas de ansiedad)					
<i>Predictores:</i>					
MBI-Cansancio Emocional	0.164	0.415	4.60	< .001	.428
CPR-Control	-2.035	-0.237	-2.63	.010	-.261
VD: GHQ-C (síntomas de disfunción social)					
<i>Predictores:</i>					
CPR-Total	-2.659	-0.367	-3.91	< .001	-.374
Nº de hijos (0, No; 1, Sí)	-0.939	-0.193	-2.05	.043	-.207
VD: GHQ-D (síntomas depresivos)					
<i>Predictores:</i>					
MBI-Despersonalización	0.142	0.267	2.81	.006	.279
Edad	0.130	0.358	3.49	.001	.341
Nº de hijos (0, No; 1, Sí)	-1.500	-0.257	-2.43	.017	-.245

b: coeficiente de regresión parcial no estandarizado. *B*: coeficiente de regresión parcial estandarizado. *T* y *p*: prueba *T* de significación de cada coeficiente de regresión parcial y su correspondiente nivel crítico de probabilidad, *p*. *R*_{parc}: coeficiente de correlación parcial de cada predictor. MBI: Inventario de Burnout de Maslach. GHQ: Escala de Síntomas Psíquicos. CPR: Escala de Personalidad Resistente.

Nota.- El orden en que figuran los predictores seleccionados en cada modelo de regresión se corresponde con el orden de entrada en cada modelo.

En lo que respecta a la subescala de síntomas psicósomáticos (GHQ-A), de nuevo el factor de cansancio emocional del MBI y el factor de reto de la personalidad resistente fueron los predictores seleccionados, explicando conjuntamente el 18.5% de la varianza [$F(2, 94) = 11.91, p < .001$] (ver Tabla 3). Concretamente, el cansancio emocional presentó una relación positiva con la presencia de sintomatología psicósomática ($B = 0.321$), mientras que el factor reto de la personalidad resistente se relacionó de forma negativa con la misma ($B = -0.243$).

Con respecto a la subescala de síntomas de ansiedad e insomnio (GHQ-B; ver Tabla 3), dos variables conformaron el modelo predictivo. De nuevo, el factor de cansancio emocional junto con el factor de control de la personalidad resistente explicaron de forma conjunta el 25.7% de la varianza [$F(2, 94) = 17.59, p < .001$]. El cansancio emocional presentó una relación positiva con la frecuencia de síntomas de ansiedad ($B = 0.415$), mientras que el factor control se relacionó de forma negativa ($B = -0.237$).

El análisis de regresión por pasos sobre la subescala de síntomas de disfunción social (GHQ-C) dio lugar a la selección de las variables puntuación global de personalidad resistente, y la presencia versus ausencia de hijos, que explicaron de forma conjunta el 15.5% de la varianza [$F(2, 94) = 9.84, p < .001$] (Tabla 3). Concretamente, la puntuación global de personalidad resistente se relacionó de forma negativa con la frecuencia de síntomas de disfunción social o malestar cotidiano ($B = -0.367$), mientras que la ausencia de hijos se asoció a una mayor frecuencia de síntomas en esta escala ($B = -0.193$).

Por último, cuando consideramos como variable dependiente la subescala de síntomas depresivos del GHQ-28 (Tabla 3), el análisis de regresión por pasos seleccionó como variables predictoras al factor de despersonalización del MBI y a las variables sociodemográficas de edad e hijos, variables que conjuntamente explicaron el 18.2% de la varianza obtenida en las puntuaciones de dicha escala. [$F(3, 93) = 8.13, p < .001$]. En concreto, la dimensión de despersonalización se asoció de forma positiva con la frecuencia de síntomas depresivos ($B = 0.267$), la edad también lo hizo de forma positiva ($B = 0.358$) y, al igual que ocurrió con la subescala de síntomas de disfunción social, la ausencia de hijos se asoció a una mayor frecuencia de síntomas depresivos ($B = -0.257$).

Discusión

El propósito de esta investigación fue analizar las relaciones existentes entre el síndrome de quemarse por el trabajo, evaluado con la versión española del MBI, la personalidad resistente, evaluada con la escala CPR validada por Moreno et al. (2000b), y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico en el personal de enfermería, valorada mediante la versión española del Cuestionario de Salud General (GHQ-28). Pretendíamos también explorar los mejores predictores de la sintomatología de malestar psíquico. Tomando como referencia el marco teórico previo, podemos concluir que los resultados obtenidos confirman los hallazgos encontrados por otros autores (e.g. Amutio, 2008; Boyle et al., 1991; Garrrosa et al., 2008; Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno et al.,

2000a; Ortega et al., 2007) y van en la línea propuesta por nuestras hipótesis de partida. En este sentido, los análisis realizados ponen de manifiesto la existencia de una relación significativa entre las dimensiones que constituyen el síndrome de quemarse por el trabajo y una menor personalidad resistente. Así mismo, los resultados también reflejan una asociación significativa entre dicho patrón funcional de la personalidad y la presencia de síntomas de malestar psíquico en el personal de enfermería.

Con respecto a la relación entre personalidad resistente y síndrome de quemarse por el trabajo, si bien podemos concluir que, de forma global, estos dos constructos psicológicos se encuentran relacionados de forma significativa, hay que destacar la especial relevancia asociativa del factor compromiso, perteneciente al constructo de personalidad resistente, y la dimensión de cansancio emocional del síndrome de quemarse por el trabajo. En el polo opuesto, el poder asociativo del factor reto y la dimensión de realización personal en el trabajo es mucho menor. Estos hallazgos resultan en parte congruentes con los encontrados por estudios realizados hace unas décadas con personal de enfermería. Topf (1989) trabajó con una muestra de 100 enfermeras y encontró correlaciones significativas entre el índice global de personalidad resistente con el síndrome de burnout, llegando a la conclusión de que la dimensión de compromiso era la única escala del constructo de personalidad resistente que explicaba porcentajes significativos de varianza en las dimensiones de agotamiento emocional (12%) y realización personal (7%), no resultando significativa la varianza explicada en la dimensión de despersonalización. Más recientemente, y dentro del contexto español, existen trabajos que confirman estos resultados respecto del factor compromiso. Si bien muchos de estos estudios no se han realizado con personal de enfermería, existen estudios en el colectivo docente que encuentran la tendencia anteriormente comentada, en la que la dimensión de compromiso es la que más peso tiene en su relación con el síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno et al., 2000a). Concretamente, Moreno et al. (2000a) parecen confirmar el modelo de personalidad resistente propuesto por Kobasa (1982) con los resultados obtenidos en su estudio: los profesores con puntuaciones más altas o intermedias en personalidad resistente mostraban índices menores de estrés de rol, agotamiento emocional, actitudes de despersonalización y falta de realización personal en su trabajo, que los profesores con puntuaciones más bajas en personalidad resistente. Una reciente investigación llevada a cabo con personal de enfermería de tres hospitales madrileños (Garrosa et al., 2008) ha puesto de manifiesto la existencia de correlaciones significativas entre la personalidad resistente y cada uno de sus factores que la integran, y las tres dimensiones del síndrome de burnout. Otro estudio con 1275 profesionales sanitarios (Amutio, 2008) ha llegado a la conclusión de un importante papel predictivo de la variable "personalidad resistente" sobre los niveles de burnout en dicha población.

Por otro lado, si nos centramos en las relaciones entre síndrome de quemarse por el trabajo y la presencia de malestar psíquico, los análisis realizados nos permiten confirmar parcialmente nuestra hipótesis de partida. Así, si bien se observa una clara asociación de tipo directo entre el síndrome de quemarse por el trabajo y la presencia de síntomas de malestar psicológico (ausencia de salud), son las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización las que alcanzan correlaciones significativas con las escalas de síntomas del GHQ-28, mientras que el factor de realización personal en el trabajo se queda al margen de dicha asociación significativa. Estos hallazgos resultan congruentes con los obtenidos por la mayoría de los estudios revisados en la literatura previa (e.g. Boada et al., 2004; Escribá, Mas, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000; Escribá y Tenías, 2004; García, Sáez y Llor, 2000; Gil-Monte, 1996; Ríos, Peñalver y Godoy, 2008). Son varios los autores que encuentran que la dimensión de cansancio emocional es la que obtiene una asociación más intensa con la presencia de una peor salud percibida (García et al., 2000; Gil-Monte, 1996; Grau, 2007; Piko, 2006). Concretamente, Grau (2007) encontró en su estudio longitudinal que los niveles de las tres dimensiones del MBI eran antecedentes significativos de problemas de salud, siendo especialmente intensa la relación con el agotamiento emocional. Parece ser, por tanto, que esta dimensión del síndrome de quemarse por el trabajo es la más relevante en su asociación con la presencia de síntomas de malestar psíquico, especialmente síntomas de ansiedad e insomnio, de acuerdo con los hallazgos que Gil-Monte encontrara hace más de una década (Gil-Monte, 1996).

Nuestros análisis de correlación ponen de manifiesto la existencia de relaciones significativas entre el constructo de personalidad resistente y la presencia de síntomas de malestar psíquico. Estos resultados van en la línea del marco teórico de referencia propuesto por Kobasa (Kobasa, 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982) y que autores de nuestro contexto sociocultural como Moreno et al. (2000) han visto confirmados en sus estudios. Parece ser que este patrón funcional de la personalidad se comporta como un factor protector tanto contra la sintomatología del síndrome de quemarse por el trabajo como contra la frecuencia de síntomas psíquicos que los profesionales experimentan.

Mediante los análisis de regresión realizados se ha puesto de manifiesto la relevancia que el constructo de personalidad resistente y sus diferentes componentes tienen a la hora de predecir la presencia de vulnerabilidad psíquica. De forma global, este patrón funcional de la personalidad es un importante predictor de la sintomatología referida por los profesionales. Si concretamos, cada grupo de síntomas se ve explicado por un componente distinto de este tipo de personalidad, siendo los componentes de control y reto los que mejor predicen la aparición de síntomas de ansiedad e insomnio y psicósomáticos, respectivamente. Así mismo, hay que volver a destacar el poder predictivo de la dimensión de cansancio emocional, resultado que resulta coherente con los

hallazgos encontrados en la literatura previa (García et al., 2000; Gil-Monte, 1996; Grau, 2007; Piko, 2006).

Con la presente investigación se ha pretendido profundizar en la relevancia que determinadas variables de tipo individual o personal pueden tener a la hora de explicar el desarrollo y mantenimiento del síndrome de quemarse por el trabajo y la frecuencia de sintomatología psíquica relacionada con el mismo. A pesar de que el constructo de personalidad resistente se originó hace ya más de tres décadas, en nuestro contexto sociocultural más próximo resultan escasos los estudios que han investigado esta importante variable individual protectora ante los efectos del estrés (Latorre, 2008). La gran mayoría de publicaciones que se han centrado en el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo y sus consecuencias asociadas, han enfatizado el papel desempeñado por los estresores y variables organizacionales, quedando al margen la influencia de variables de tipo individual. Sin embargo, queda demostrado que estas variables personales deben ser tomadas en consideración. La forma en que las personas perciben, sienten y actúan (su personalidad) media o modula las consecuencias que un ambiente laboral estresante pueda tener sobre la persona. Este aspecto resulta especialmente relevante en el caso de los profesionales de enfermería, frecuentemente sometidos a severas fuentes de estrés como son el afrontamiento del dolor, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, la incertidumbre, etc. En este sentido, encontramos que aquellos individuos que expresan mayores niveles de personalidad resistente experimentan menos el síndrome de quemarse por el trabajo, así como una menor frecuencia de síntomas de malestar psíquico. Se evidencia, pues, el potencial protector de esta estructura de la persona-

lidad frente a la presencia de trastornos en la salud de los sujetos sometidos a diversas fuentes de estrés.

Finalmente, nuestro estudio presenta ciertas limitaciones que es preciso matizar. En primer lugar, y por las dificultades obvias, tuvimos que disponer de una muestra de profesionales seleccionada de forma no aleatoria y que han participado de forma voluntaria en el estudio. Además, un mayor tamaño muestral y procedente de diferentes hospitales hubiera permitido una mayor generalización de los resultados obtenidos. Por otro lado, el tipo de diseño adoptado, un estudio retrospectivo de corte transversal, también ha limitado la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables y constructos analizados. Futuras investigaciones deberían utilizar diseños y análisis más complejos con el fin de poder esclarecer mejor el papel desempeñado por el constructo de la personalidad resistente en la génesis y mantenimiento del síndrome de quemarse por el trabajo, y la aparición de sintomatología psíquica. La importancia de este patrón funcional de la personalidad en la problemática del síndrome de quemarse por el trabajo también viene dada por su integración en las posibles medidas de prevención y tratamiento. Autores como Judkins e Ingram (2002), Judkins et al. (2006) y Rowe (1999), afirman que la personalidad resistente puede ser aprendida, y han demostrado la eficacia de la intervención con supervisores y directivos. Sin embargo, todavía son muy escasos los estudios que han puesto en evidencia los beneficios de este programa de entrenamiento en profesionales de enfermería. Ésta podría ser un área de investigación e intervención futura que trate de complementar las estrategias de intervención que, desde el marco organizacional, abordan la problemática del síndrome de quemarse por el trabajo en los contextos asistenciales sanitarios.

Referencias

- Amutio, A. (2008, Septiembre). *The burnout syndrome in the sanitary personnel at the basque country: work variables, hardiness, psychological well-being and consequences*. Trabajo presentado al VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm (España).
- Augusto, J.M., Berrios-Martos, M.P., López-Zafra, E. y Aguilar, M.C. (2006). Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 12, 479-493.
- Badger, J. M. (2008). Critical care nurse intern program: addressing psychological reactions related to critical care nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31, 184-187.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M. y Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-87.
- Bausela, E. (2005). Gil-Monte P.R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide. *Anales de Psicología*, 21, 345-346.
- Boada i Grau, J, Agulló E. y De Diego, R. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.
- Boyle, P. H., Grap, M. J., Younger, J. Y. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Carretero, N., Roldán, M.D., y Gil-Monte, P.R. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11, 281-290.
- De Pablo, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*, 25, 60-65.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Moundou, A. y Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 686-692.
- Escribá, V., Mas, R., Cárdenas, M., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico, impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista Rol de Enfermería*, 23, 26-31.
- Escribá, V. y Tenías, J. M. (2004). Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77, 401-8.
- Farrerons, L., y Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14, 101-113.
- Franco, J. (2009). "El Engagement en el trabajo, cuando el trabajo se convierte en pasión". (Alianza Editorial, 2009). *Anales de Psicología*, 25, 297-398
- García, M., Sáez Navarro, M. C. y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 215-228.
- Garrosa, E., Moreno, B., Liang, Y. y González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.
- Gil Monte, P. R. (1996). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 16, 37-42.

- Gil Monte, P.R. (2003). Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 19, 181-197.
- Gil Monte, P.R. (2003a). Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 19, 181-197.
- Gil Monte, P. R. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- 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*, 1999, 15, 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 (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 16, 135-149.
- Godoy D., Godoy, J.F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 49-71.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg D. P. y Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona. Masson.
- Grau, E. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Valencia (España).
- Harrison, M., Loisel, C. G., Duquette, A. y Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 584-591.
- Judkins, S., Massey, C. y Huff, B. (2006). Hardiness, stress, and use of ill-time among nurse managers: is there a connection? *Nursing Economics*, 24, 187-192.
- Judkins, S., Reid, B. y Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 202-7.
- Judkins, S. K. e Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: a long-term solution. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 259-264.
- Kennedy, J. W. y Bhattacharjee, A. (2000). Interactive model of women's stressors, personality traits and health problems. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 249-258.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G. S. Sanders y J. Sals (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kobasa, S. C. y Maddi, S. R. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Petrini, M., Li, X. M. y Zhang, Y. J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 120-126.
- Latorre, J. O. (2008). El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: una revisión de publicaciones en español. *Psicología y Salud*, 18, 267-274.
- Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Dosch, J. y Summann, G. (2008). Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthesia and Intensive Care*, 36, 208-213.
- Levy, M. M. (2004). Caring for the caregiver. *Critical Care Clinics*, 20, 541-7.
- Manzano, G. (2008). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Información Psicológica*, 91-92, 23-31.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 59:16-22.
- Maslach, C. (1982). *The cost of coping*. New York: Prentice Hall Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1997). Maslach Burnout Inventory. En N. Seisdedos (Ed.), *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A. y Lambert, C. E. (1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36, 374-378.
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A.I., y Rodríguez, J. (2007). Relación entre el Burnout o "Síndrome de quemarse por el trabajo", la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, 388-394.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000a). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000b). Escala de personalidad resistente (CPR). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 1, 18-28.
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simon (Ed), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-759). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ortega, M. E., Ortiz, G. R. y Coronel, P. G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, 5-16.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Panazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B. y Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698-704.
- Ríos, M. I., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibidos en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista Enfermería Intensiva*, 19, 169-178.
- Rowe, M. M. (1999). Hardiness as a stress mediating factor of burnout among healthcare providers. *American Journal of Health Studies*, 14, 16-20.
- Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Doménech, M., Gutiérrez, I. y Cebriá, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome de burnout. *Anales de Psicología*, 22, 45-51.
- Serrano, M.F., Garcés de los Fayos, E.J., e Hidalgo, M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20, 361-368.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12, 174-186.
- Williams, S. J. (1990). The relationship among stress, hardiness, sense of coherence, and illness in critical care nurses. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 3, 171-186.

(Artículo recibido: 16-2-2010; aceptado: 26-9-2010)