

# NIVELES DE SALUD PSICOSOCIAL EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE EXPERIENCIA EN RESIDENCIAS

## PSYCHOSOCIAL HEALTH LEVELS DEPENDING ON EXPERIENCE IN WORKERS IN RESIDENCES

MIGUEL ÁNGEL SERRANO Y JUAN PAYÁ SORIANO

Universitat de València. maserran@uv.es

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serrano, M. A. y Payá Soriano, J. (2014). Niveles de Salud Psicosocial en función del Nivel de Experiencia en Residencias [Psychosocial health levels depending on experience in workers in residences]. *Acción Psicológica*, 11(2), 107-116. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.11.2.14178>

### Resumen

Desde la ciencia se ha puesto poca atención en el personal de atención directa de residencias de personas con discapacidad aunque su carga de trabajo es considerable, ya que tiene mayor riesgo de estrés que el resto de trabajadores de servicios sociales. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el tiempo trabajado y la salud y los factores psicosociales de trabajadores de atención directa en residencias para personas con discapacidad. Se realizó un estudio transversal en el que la muestra final la conformaron 100 sujetos. Los resultados indican que a mayor tiempo trabajado en residencias para personas con discapacidad se manifiesta un empeoramiento en algunos aspectos tanto de la salud (Hipertensión, dolor de cabeza, dolor de cervicales, problemas de Estómago, GHQ-total y GHQ-depresión) como de factores psicosociales (*engagement*). Los resultados apoyan que la exposición crónica al estrés laboral tiene un impacto negativo en la salud psicosocial.

**Palabras clave:** Residencias; discapacidad; salud; estrés laboral; experiencia.

### Abstract

Scientific literature has paid little attention to the direct care staff residences for people with disabilities. However, their workload is considerable and it has higher risk of stress than other social service workers. The main objective of this study is to analyze the relationships between experience and the psychosocial health levels in workers who look after people with disabilities in residences. A transversal study with 100 participants was made. Results show that workers who are working more time in residences with disable people have lower levels in some health variables (hypertension, headache, back pain, stomachache, GHQ-total and GHQ-depression) and in psychosocial variables (*engagement*). Results support that chronic exposition to work stress has a negative impact in psychosocial health.

Recibido: 10 de febrero de 2014

Aceptado: 20 de octubre de 2014

**Key words:** Residence; disability; health; work stress, experience.

En los últimos años ha sido frecuente la investigación en España sobre el estrés laboral y burnout en el ámbito docente y sanitario, sin embargo se ha puesto poca atención en el personal de atención directa de residencias de personas con discapacidad aunque su carga de trabajo es considerable y el número de trabajadores afectados en España es importante (según datos del INE, en 2008, había 10.933 personas en residencias de mayores y hospitales psiquiátricos y geriátricos). Existen pocos estudios sobre la prevalencia del burnout en monitores de talleres ocupacionales de personas con discapacidad (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005) pero no conocemos ninguno específico del personal de atención directa en residencias. Sin embargo, en el mundo anglosajón hay estudios que han concluido que el personal que trabaja en residencias se encuentra en mayor riesgo de violencia y estrés que el resto de trabajadores de servicios sociales (Balloch, Pahl y McLean, 1998; Gandoy-Crego, Clemente, Mayan-Santos y Espinosa, 2009). Algunas de las características de este trabajo son: turnos de trabajo, trabajo nocturno, ritmo de trabajo impuesto por los usuarios, alta carga física, amenazas, etc. Estas condiciones suponen una carga de trabajo que puede tener potenciales implicaciones y consecuencias para la salud, bienestar y satisfacción laboral para el personal de atención directa. De hecho, el trabajo con personas con discapacidad ha sido considerado por diversos autores como una actividad con un alto nivel potencial de estrés ocupacional y burnout (Gandoy-Crego et al., 2009; Rose y Rose, 2005).

El concepto carga de trabajo se refiere a la cantidad de trabajo físico y cognitivo que los trabajadores puedan realizar sin poner en peligro su propia seguridad y salud o la de los demás (Bouzit, Négroni y Vion, 2002). Se ha demostrado que el hecho de estar expuestos durante un tiempo a altas cargas de trabajo produce fatiga (Matthews y Desmond, 2002). Servaes, Verhagen y Bleijenbergh (2002) consideran la fatiga como una experiencia subjetiva que constituye una respuesta reguladora protectora

al estrés físico o psicológico pero que si no es continuada por un periodo de recuperación la salud se ve comprometida (Dujits, Kant, Swaen, van den Brandt y Zeegers, 2007). Los factores relacionados con el trabajo que según González, Moreno y Garrosa (2005) tienen más incidencia en la posible aparición de fatiga son la carga física, la carga mental, el ambiente físico, el nivel de privación de sueño y las condiciones psicosociales del trabajo. La fatiga prolongada ha sido considerada como uno de los principales síntomas y trastornos relacionados con el estrés (van Dijk y Swaen, 2003). Sin embargo, la experiencia laboral tendría efectos positivos en la autoeficacia, tal y como se ha indicado recientemente (Ineson, Jung, Hains y Kim, 2013).

Dentro del contexto laboral, el modelo de tensión laboral de Karasek ha servido de base a los estudios que han establecido la relación entre estrés ocupacional y la enfermedad, en concreto las patologías cardiovasculares (Serrano, Moya-Albiol y Salvador, 2009). Serrano et al. (2009) consideran que estar bajo un contexto laboral estresante produciría una serie de respuestas en el organismo a distintos niveles: psicológico, cardiovascular y endocrino. Altos niveles de estrés laboral se han asociado a peor salud y mayor ansiedad en una muestra de mujeres trabajadoras (O'Campo, Eaton y Muntaner, 2004). Además, la exposición al estrés laboral crónico puede derivar en otros tipos de patologías de carácter psicológico o psiquiátrico relacionadas con el contexto laboral como es el burnout (Serrano et al., 2009). En este proceso se combinan variables de carácter individual, social y organizacional, afectando al trabajador de forma negativa a nivel personal, social y laboral (Bresó, Salanova, Schaufeli y Nogareda, 2006). Maslach (1993) describió el burnout como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas. El agotamiento emocional se ha considerado como la dimensión central del síndrome (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) y sería consecuencia directa de sucesivas crisis de eficacia (Llorens, García y Salanova, 2005). El burnout se manifiesta (Hidalgo, 2005) en el trabajador como un deterioro en la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia

o frialdad con las personas con las que trabaja), disminuye la capacidad de trabajo y el compromiso, baja el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización. Además, se ha visto que las personas que trabajan durante mucho tiempo con pacientes en geriátricos tienen mayor riesgo de padecer burnout (Gandoy-Crego et al., 2009). Por tanto, las consecuencias del burnout en cuidadores en residencias pueden ser muy dañinas para los pacientes. En este sentido se ha indicado que la calidad del servicio percibido por enfermeras no corresponde con la calidad percibida por los pacientes o los familiares (Hasson y Arnetz, 2009).

Ante esta falta de información se hace necesario valorar y conocer el impacto en la salud de la carga de trabajo y el estrés laboral en este tipo de trabajadores. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar la relación existente entre los años trabajados en el sector socio-sanitario en general, y en discapacidad en particular; de un grupo de trabajadores y los niveles de salud percibidos y factores psicosociales. Se espera que los trabajadores con más años trabajados tengan peores indicadores de salud, mayor tensión labo-

ral y burnout, menor compromiso en el trabajo y mayor autoeficacia por la experiencia adquirida.

## Método

### Participantes

En el estudio han participado un total de 112 sujetos de siete residencias donde se atiende de forma integral a discapacitados con trastorno mental asociado. De éstos, se excluyó a los que no tenían un puesto de atención directa a personas con discapacidad. La muestra final estuvo compuesta por 100 sujetos (85% mujeres y 12 % hombres). El 43 % vivía con su pareja, el 8 % sin pareja y el 36 % con sus padres, amigos o familiares. Según su nivel de formación el 74 % declaró haber realizados estudios básicos y el 21 % estudios universitarios. En lo que hace referencia a su perfil laboral, el 79 % de los sujetos tenía turno de trabajo rotatorio que incluye trabajo nocturno, el 17 % turno de mañana y el 2 % de tarde. El 57 % tenía una relación laboral fija con la organización, el 36 % de interinidad y el 6 % por tiempo determinado. La edad media de la muestra ha sido 45.2 años y los descriptivos sobre el tiempo trabajado se pueden consultar en la tabla 1.

Tabla 1.

Descripción de la edad y tiempo trabajado de los participantes.

	Edad (años)	Tiempo trabajado res. socio-sanitaria (años)	Tiempo trabajado res. discapacitados (meses)
N		96	96
Media	45.22	11.19	106.15
Mediana	45.00	8.00	60.00
Desv. típ.	7.01	8.75	113.37
Mínimo	28	1	4
Máximo	62	39	468

### Procedimiento

Se utilizó un diseño transversal mediante encuesta auto-informada. Tras solicitar la autorización a la dirección de una organización

que gestiona una serie de residencias de atención a personas con discapacidad, se visitó a siete de sus residencias y se mantuvo una entrevista con el director y responsable del personal auxiliar donde se solicitó la colaboración

para poder realizar la investigación y se expusieron los objetivos del estudio y la garantía de confidencialidad de los datos. Se repartieron cuestionarios al personal auxiliar de todos los turnos a través de sus coordinadores y su cumplimentación se realizó de forma individual, anónima, voluntaria y desinteresada, además se pudo realizar en horario laboral. El cuestionario disponía de instrucciones sobre cómo completarlo e información sobre los objetivos y la confidencialidad del estudio.

## Instrumentos de evaluación

Las características sociodemográficas de los sujetos se recogieron mediante un cuestionario diseñado para el presente estudio para la toma de datos de carácter personal y perfil laboral que proporcione información sobre el nivel de formación que han completado los empleados y otras características que pudieran tener influencia en la autoeficacia, el burnout o la salud biopsicosocial.

La salud percibida se evaluó mediante un cuestionario de 15 ítems con escala de Likert de elaboración propia en la que los trabajadores indicaban la frecuencia con la que habían padecido una serie de enfermedades durante el último año. Los problemas de salud hacían referencia a la percepción subjetiva respecto a dolores, problemas de tensión arterial o percepción de estrés. Algunos de los ítems fueron los siguientes: problemas de corazón (arritmias, infarto, ...), Dolores de cabeza, Cansancio/Fatiga generalizada,

La medición de la salud psicosocial se realizó a través del cuestionario de Bienestar Psicológico General Autopercebido (General Health Questionnaire) de Goldberg y Hiller (1979), versión de 12 ítems (GHQ-12) traducida al castellano por Lobo y Muñoz (1996). Mide el bienestar psicológico general autopercebido, como índice de la salud mental en el trabajo haciendo una valoración global y la descripción de los factores Depresión y Ansiedad.

El burnout fue evaluado a través del MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Ser-

vices Survey, Maslach, Jackson y Leiter, 1996) dirigido a profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI adaptado al castellano (Gil-Monte, 2005). Es un cuestionario auto-administrado constituido por 22 ítems, distribuidos en tres escalas; «Realización personal en el trabajo» (8 ítems), «Agotamiento Emocional» (9 ítems) y «Despersonalización» (5 ítems). Bajas puntuaciones en Realización personal en el trabajo, junto con altas puntuaciones en Agotamiento emocional y en Despersonalización se corresponden con altos niveles de burnout.

Se midió el engagement mediante el Cuestionario UWES (Utrecht Work Engagement Scale) de Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002). El engagement con el trabajo se ha definido como un estado afectivo positivo de plenitud que es caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción o concentración en el trabajo (Schaufeli y Salanova, 2007). Es un constructo claramente motivacional, ya que posee componentes de activación, energía, esfuerzo y persistencia, y está dirigido a la consecución de objetivos (Salanova, 2009) y teóricamente opuesto al burnout (Salanova y Llorens, 2008). El cuestionario consta de 17 ítems que incluyen las tres dimensiones; Vigor, Dedicación y Absorción.

La tensión laboral (Job Strain) fue evaluada mediante el cuestionario JCQ (Job Content Questionnaire) de Karasek y Theorell (1990), en la versión de Steptoe, Cropley, Griffith y Joeke (1999), basado en el modelo de demandas-control de Karasek (1979). La tensión laboral se puede definir como las respuestas físicas y psicológicas perjudiciales que ocurren cuando los requerimientos del trabajo no se ajustan con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. El cuestionario consta de 15 ítems que evalúan las dimensiones de Demandas de trabajo, Latitud de Decisión (control) y Apoyo social. La Latitud de Decisión medida mediante dos subdimensiones; Control y Uso de Habilidades. Los trabajos con altas demandas, bajo control y apoyo social producen mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud.

## Análisis Estadísticos

Para el análisis de resultados se utilizaron estadísticas descriptivas para analizar medias y desviaciones típicas. Las diferencias entre las variables del estudio se comprobaron mediante pruebas estadísticas como la *t* de student para valorar las diferencias y ANOVAs. Se consideraron significativos los valores de  $p < .05$ . El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete SPSS 15.0.

## Resultados

Para realizar el estudio la muestra se dividió la muestra en función de la experiencia en

el ámbito socio-sanitario y en función de la experiencia en el ámbito de la discapacidad. Así, en el primer caso se utilizó el punto de corte de 12 años de experiencia obteniéndose los siguientes grupos: más de 12 años de experiencia ( $n = 31$ ) y menos de 12 años de experiencia ( $n = 64$ ). En el caso de experiencia en la atención a la discapacidad el punto de corte fueron 10 años. El grupo de mayor experiencia estuvo formado por 27 sujetos, mientras que el grupo con menor experiencia tuvo 68 sujetos. Cuando se realizaron las comparaciones estadísticas entre los grupos la edad fue utilizada como covariada para evitar su influencia en los resultados, dado que hubo diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre los grupos de comparación.

Tabla 2.

Media ( $\pm$ D.T.) de las puntuaciones en las variables de salud y psicosociales en función del tiempo trabajado en residencias socio-sanitarias y del tiempo trabajado con discapacidad.

	Tiempo trabajado en residencias		Tiempo trabajado con discapacitados	
	Más experiencia	Menos experiencia	Más experiencia	Menos experiencia
Probl. corazón . . . . .	1.13 (0.42)	1.05 (0.28)	1.15 (0.46)	1.04 (0.27)
Hipertensión . . . . .	1.65 (0.28)	1.20 (0.61)	1.74 (1.35)	1.19 (0.65)
Hipotensión . . . . .	1.32 (0.87)	1.47 (0.82)	1.37 (0.93)	1.44 (0.80)
Probl. respiratorios . . . . .	1.06 (0.25)	1.45 (0.98)	1.07 (0.27)	1.43 (0.95)
Colesterol . . . . .	1.65 (1.33)	1.52 (1.14)	1.74 (1.40)	1.49 (1.11)
Dol. de cabeza . . . . .	2.24 (1.71)	2.05 (1.08)	2.89 (1.19)	1.99 (1.07)
Alergias . . . . .	1.65 (1.14)	1.56 (1.05)	1.74 (1.20)	1.53 (1.03)
Constipados/gripe. . . . .	1.55 (0.81)	1.66 (0.74)	1.70 (0.87)	1.59 (0.72)
Dol. de espalda . . . . .	3.10 (1.45)	2.59 (1.24)	3.15 (1.38)	2.60 (1.28)
Dol. cervicales . . . . .	3.13 (1.50)	2.45 (1.36)	3.33 (1.39)	2.41 (1.37)
Dol. de piernas . . . . .	2.42 (1.15)	2.14 (1.18)	2.59 (1.25)	2.09 (1.12)
Dol. de brazos . . . . .	2,23 (1.43)	2.16 (1.35)	2.48 (1.53)	2.06 (1,29)
Probl. estómago . . . . .	1.97 (1.08)	1.56 (0.97)	2.22 (1.12)	1.49 (0.91)
Cansancio/Fatiga . . . . .	2.19 (1.30)	2.20 (1.18)	2.37 (1.42)	2.13 (1.13)
Estrés/nervios . . . . .	2.45 (1.31)	2.30 (1.27)	2.63 (1.36)	2.24 (1.24)
GHQ-TOT . . . . .	1.00 (0.52)	0.90 (0.41)	1.10 (0.57)	0.86 (0.37)
GHQ-DEP . . . . .	0.91 (0.53)	0.78 (0.41)	1.00 (0.57)	0.75 (0.38)
GHQ-ANS . . . . .	1.19 (0.56)	1.14 (0.53)	1.30 (0.62)	1.10 (0.49)
MBI-AGOT . . . . .	1.80 (1.34)	1.49 (1.06)	1.94 (1.40)	1.46 (1.03)
MBI-REALIZ . . . . .	4.31 (0.92)	4.24 (0.95)	4.35 (0.89)	4.23 (0.95)
MBI-DESPERS . . . . .	0.75 (0.89)	0.83 (0.84)	0.64 (0.91)	0.87 (0.82)
K-DEMAND . . . . .	2.80 (0.65)	2.85 (0.48)	2.83 (0.60)	2.83 (0.52)

	Tiempo trabajado en residencias		Tiempo trabajado con discapacitados	
	Más experiencia	Menos experiencia	Más experiencia	Menos experiencia
K-CONTROL . . . . .	2.91 (0.64)	3.01 (0.69)	2.96 (0.69)	2.98 (0.70)
K-HABILIDAD . . . . .	2.85 (0.46)	2.83 (0.58)	2.90 (0.44)	2.81 (0.58)
K-APOYOSOC . . . . .	3.03 (0.51)	3.06 (0.51)	3.04 (0.52)	3.06 (0.50)
EN-VIGOR . . . . .	4.56 (1.00)	4.76 (0.93)	4.31 (1.02)	4.84 (0.89)
EN-DEDICACIO . . . . .	4.05 (1.17)	4.17 (1.35)	4.02 (1.17)	4.17 (1.34)
EN-ABSORCION . . . . .	3.63 (1.24)	3.60 (1.26)	3.67 (1.19)	3.62 (1.28)

### Comparación en función de la experiencia en el sector sociosanitario

Los datos obtenidos (Tabla 2) muestran que los problemas percibidos de salud más frecuentes manifestados por los trabajadores han resultado ser dolor de espalda y dolor de cervicales.

Al analizar los datos sobre problemas de salud y salud bio-psicosocial únicamente se obtuvieron diferencias significativas en la variable dolor de cabeza [ $F(1,94) = 10.27$ ,  $p = .002$ , tamaño efecto: 0.10 y potencia 0.89] de tal forma que a mayor número de años trabajados mayor frecuencia de dolor de cabeza. También es de resaltar otras variables de los problemas de salud como hipotensión ( $p = .09$ ), problemas respiratorios ( $p = .10$ ), dolores cervicales ( $p = .09$ ) y problemas de estómago ( $p = .09$ ) tienen estadísticos que tienden a la significación. En todos los casos se observa que a más años trabajados más frecuentes son los problemas de salud.

Las puntuaciones medias para los factores psicosociales para cada uno de los grupos aparecen en la Tabla 2. No se han obtenido diferencias significativas en la percepción de los factores psicosociales en función de los años en el ámbito sociosanitario.

### Comparación en función de la experiencia con discapacitados

Los datos obtenidos en las variables de salud percibida (Tabla 2) muestran que los pro-

blemas de salud más frecuentes manifestados por los trabajadores han resultado ser dolores de espalda y dolor de cervicales.

Al analizar los datos sobre problemas de salud y salud bio-psicosocial se obtuvieron diferencias significativas en las variables hipertensión [ $F(1,94) = 5.19$ ,  $p = .03$ , tamaño efecto 0.05, potencia 0.62], dolor de cabeza [ $F(1,94) = 18.48$ ,  $p = .001$ , tamaño efecto 0.17, potencia 0.99], dolor de cervicales [ $F(1,94) = 6.54$ ,  $p = .01$ , tamaño efecto 0.07, potencia 0.72], problemas de estómago [ $F(1,94) = 10.56$ ,  $p = .002$  tamaño efecto 0.10, potencia 0.90], GHQtotal [ $F(1,94) = 6.38$ ,  $p = .01$ , tamaño efecto 0.07, potencia 0.71] y GHQDepres [ $F(1,94) = 7.22$ ,  $p = .01$ , tamaño efecto 0.07, potencia 0.76]. En todos los casos se observa que a más años trabajados en residencias de personas con discapacidad más frecuentes son los problemas de salud. También es relevante que la variable dolor de espalda [ $F(1, 94) = 2.95$ ,  $p = .09$ , tamaño efecto 0.03, potencia 0.40] está cercana a la significación.

Las puntuaciones medias para los factores psicosociales para cada uno de los grupos aparecen en la tabla 3. Se ha obtenido diferencia significativa en la dimensión vigor del engagement [ $F(1,92) = 7.63$ ,  $p = .01$ , tamaño efecto 0.08, potencia 0.78] y cercana a la significación en la dimensión agotamiento del burnout [ $F(1, 93) = 3.56$ ,  $p = .06$ , tamaño efecto 0.04, potencia 0.46], de tal forma que los sujetos con más experiencia en residencias de personas con discapacidad tienen más agotamiento y menos vigor. Las diferencias en el resto de variables psicosociales no han sido significativas.

## Discusión

Se ha encontrado relación positiva entre el tiempo trabajado en residencias y un deterioro en la salud, este deterioro no se limita a aspectos músculo-esqueléticos relacionados con la falta de ergonomía al mover o sujetar personas de forma repetida. Esta merma de la salud está relacionada con otros aspectos de la salud física, la salud biopsicosocial y factores psicosociales relacionados con la exposición crónica al estrés laboral. Esto confirma las conclusiones de diversos autores (Boada, De Diego, y Agulló, 2004; O'Campo et al., 2004) que han considerado que la exposición crónica al estrés laboral tiene un impacto negativo en la salud física asociándola a la presencia de diversos trastornos psicosomáticos, gastrointestinales o de dolor. Hay que destacar que la relación ha sido significativa fundamentalmente cuando se considera el tiempo trabajado en residencias de personas con discapacidad (dolor de cabeza, dolor de cervicales, problemas de estómago e hipertensión), y que es mucho más débil cuando se considera la experiencia en atención socio-sanitaria en general. Esto puede ser debido a que las condiciones de trabajo en el empleo anterior fueran diferentes y no tuvieran efectos sobre la salud, o que antes de comenzar a trabajar con discapacitados han tenido un periodo de descanso que les ha permitido compensar mediante recuperación los efectos negativos. De hecho, no se obtuvo ninguna diferencia significativa cuando se analizaron los problemas cardiovasculares, salud biopsicosocial o factores psicosociales. En concreto, en lo que hace referencia a problemas cardiovasculares, los resultados confirman que el estrés que genera el trabajo contribuye a la aparición de patologías como la hipertensión (Serrano et al., 2009).

Respecto a la salud psicosocial se encontraron diferencias significativas en función del tiempo trabajado en residencias de personas con discapacidad tanto en el bienestar psicológico general autopercibido total como su dimensión de depresión. Este deterioro de la salud mental está en sintonía con lo esperado según la teoría general del estrés y burnout; descenso del estado de ánimo positivo (Serra-

no et al., 2009) y niveles más acentuados de ansiedad y depresión (Grossi, Perski, Evengard, Blomkvist y Orth-Gomér, 2003).

En lo que hace referencia a los factores psicosociales también hay diferencia en función de la experiencia laboral con discapacitados de forma que a más tiempo trabajado la dimensión de agotamiento del burnout es mayor, aunque sin llegar a ser estadísticamente significativa. Se puede considerar que el trabajo en las residencias de personas con discapacidad es una fuente de estrés ocupacional que, cuando con el tiempo se hace crónico, afecta a la salud desde un punto de vista psicológico, causando burnout. Este resultado es coherente con diversos estudios que han concluido que las condiciones de trabajo en las residencias de personas con discapacidad son una fuente de estrés ocupacional para los trabajadores de atención directa (Rose y Rose, 2005). Otra variable psicosocial que ha resultado con una diferencia significativa ha sido la dimensión vigor del cuestionario de engagement que disminuye a mayor tiempo trabajado.

El hecho de que únicamente la dimensión de agotamiento haya tenido efectos significativos concuerda con la propuesta de Leiter y Maslach (1988) de que el síntoma inicial del burnout serían los sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente aparecerían las actitudes de despersonalización y, finalmente, la baja realización personal en el trabajo. No obstante, existe una cierta controversia sobre el orden secuencial en que aparecen los síntomas del burnout. Golembiewsky, Munznerinder y Carter (1983) plantearon que el síntoma inicial del síndrome es la despersonalización, posteriormente surge la baja realización personal en el trabajo y, finalmente, aparecen los sentimientos de agotamiento emocional. Por otro lado, el que haya diferencias tanto en la dimensión del agotamiento como en el vigor y además tengan signo contrario, confirman el planteamiento basado en el movimiento de la psicología positiva por el cual el burnout y el engagement, este último caracterizado por altos niveles de energía y una fuerte identificación con el trabajo, serían opuestos (Maslach et al., 2001; Salanova y Llorens 2008). Además la relación entre el agotamiento y el vigor sería

de tal forma que se podría definir un continuo que va desde vigor hasta agotamiento al que se ha denominado un continuo de energía o activación (Schaufeli y Bakker, 2004).

Estos resultados sobre el efecto del tiempo trabajado en la salud biopsicosocial y factores psicosociales confirman en parte nuestras hipótesis. El hecho de no haber obtenido diferencias en la tensión laboral puede ser debido a que están más relacionadas con el contexto laboral de la organización que con la respuesta del organismo al estrés crónico, a pesar de que sí se han encontrado relaciones negativas entre el estrés laboral y la salud (O'Campo et al., 2004). Esta afirmación estaría de acuerdo con el modelo propuesto por Serrano et al. (2009) en el que la relación entre el estrés laboral y el burnout se puede entender como un continuo, donde el eslabón final podría llegar a ser el síndrome de burnout pasando por una situación estrés laboral crónico.

El presente estudio presenta una serie de limitaciones; en primer lugar, se trata de un estudio transversal, por lo que sólo puede hablarse de asociación entre variables, y no de relaciones causa-efecto. La muestra utilizada no ha sido aleatoria, sino de voluntarios, por lo que puede presentar sesgos ya que al tratarse de cuestionarios anónimos desconocemos las causas de no la respuesta de algunos individuos. Así mismo, no se descarta la falta de motivación de las personas para realizar el estudio en algunos centros asistenciales. Otra cosa a tener en cuenta es la confianza en medidas autoinformadas sobre la salud y no en pruebas objetivas o medidas fisiológicas que debe ser una limitación a subsanar en futuros trabajos.

En conclusión, el tiempo de exposición a las condiciones de trabajo en las residencias de personas con discapacidad está relacionado con un deterioro de la salud del personal de atención directa. Además esta merma en la salud no sólo puede ser explicada por la no recuperación de la fatiga física por realizar esfuerzos puntuales. Están implicados aspectos de la salud física, de la salud biopsicosocial y de los factores psicosociales, relacionados con la exposición crónica a condiciones de alta carga laboral.

## Referencias

- Balloch, S., Pahl, J. y McLean J. (1998). Working in the Social Services: Job Satisfaction, Stress and Violence. *British Journal of Social Work*, 28(3), 329-350.
- Boada, J., De Diego, R. y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Bouzit, N., Négroni, P. y Vion, M. (2002). Débordement(s) à l'accueil-clientèle et effets sur la santé. En M. Jourdan y J. Theureau (Eds.), *Charge mentale: notion floue et vrai problème* (pp. 157-174). Toulouse, Francia: Octares Éditions.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. y Nogareda, C. (2006). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo «Burnout» (III): Instrumento de medición. Recuperado el 1 de junio de 2011 en [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_732.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf)
- Dijk, F. J. H. van y Swaen, G. M. H. (2003). Fatigue at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 1-2.
- Dujits, S. F., Kant, I., Swaen, G. M., van den Brandt, P. A. y Zeegers M. P. A. (2007). A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(11), 1105-1115.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayan-Santos, J. M. y Espinosa, P., (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48(2), 246-249.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. y Núñez-Román E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 107-123.
- Goldberg, D. P. y Hiller, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-45.

- Golembiewsky, R. T., Munzenrider, R. F. y Carter, D. (1983). Progressive Phases of Burnout and Their Worksite Covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 464-481.
- González, J. L., Moreno, B. y Garrosa, E. (2005). *Carga Mental y Fatiga Laboral. Teoría y evaluación*. Madrid, España: Pirámide.
- Grossi, G., Perski, A., Evengard, B., Blomkvist, V., y Orth-Gomér, K. (2003). Psychological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 309-316.
- Hasson, H. y Arnetz, J. E. (2009). The impact of an educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care: A prospective, controlled intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 470-478
- Hidalgo, M. (2005). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (II): consecuencias, evaluación y prevención. Recuperado el 1 de junio de 2011 en [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf)
- Ineson, E. M., Jung, T., Hains, C. y Kim, M. (2013). The influence of prior subject knowledge, prior ability and work experience on self-efficacy. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport & Tourism Education*, 12, 59-69
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-311.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988) The impact of interpersonal environment of burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Llorens, S., García, M. y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 21(1-2), 55-70.
- Lobo, A. y Muñoz, P. (1996). *Cuestionario de salud general. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona, España: Masson.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3.ª Ed.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matthews, G. y Desmond, P. A. (2002). Task-induced fatigue states and simulated driving performance. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 55A(2), 659-686.
- O'Campo, P., Eaton, W. W. y Muntaner, C. (2004). Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women. *Social Science & Medicine*, 58, 585-594
- Rose, D. y Rose, J. (2005). Staff in services for people with intellectual disabilities: the impact of stress on attributions of challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(11), 827-838.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 58, 18-23.
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. Papeles del Psicólogo. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 29(1), 59-67.
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2007). Work Engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. En S. W. Gilliland, D. D. Steiner y D. P. Skarlicki (Eds.), *Managing Social and Ethical Issues in Organizations* (pp. 135-177). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.

- Serrano, M. A., Moya-Albiol, L. y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.
- Servaes, P., Verhagen, C. y Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *European Journal of Cancer*, 38, 27-43.
- Steptoe, A., Cropley, M., Griffith, J. y Joeckes, K. (1999). The influence of abdominal obesity and chronic work stress on ambulatory blood pressure in men and women. *Int. Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23(11), 1184-1191.