



2006, 12(2-3), 479-493

RELACIÓN ENTRE BURNOUT E INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU IMPACTO EN SALUD MENTAL, BIENESTAR Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

J. M^a. Augusto Landa, M. P. Berrios-Martos, E. López-Zafra
y M^a. del Carmen Aguilar Luzón

Universidad de Jaén

Resumen: El presente estudio analiza la relación entre Inteligencia Emocional Percibida (IEP), y el Burnout en profesionales de enfermería. Analizamos la capacidad predictiva de la IEP para explicar los niveles de burnout y salud mental en la práctica de la enfermería. Los análisis de correlación mostraron asociaciones significativas entre Atención que se relacionó positivamente con Despersonalización. Claridad se asoció positivamente con realización personal, con buena salud mental y alta satisfacción en el trabajo. La reparación se relacionó positivamente con la realización personal, salud mental y satisfacción en el trabajo. Los análisis de regresión jerárquica confirmaron estos resultados e indicaron que la IEP explica parte de la varianza de Burnout no explicada por variables sociodemográficas. Además la IEP influyó de dos maneras diferentes sobre el burnout: directamente sobre las dimensiones del síndrome e indirectamente vía escala afecto. Por último, comprobamos que tener bajas puntuaciones en el síndrome influye en un mayor bienestar y satisfacción con el trabajo. Estos hallazgos evidencian que ciertos factores cognitivos y emocionales deben ser tenidos en cuenta para explicar el síndrome burnout en los profesionales de enfermería.

Palabras Clave: Inteligencia Emocional, Burnout, Salud mental, Satisfacción laboral, Enfermeros.

Abstract: In this study, we analyze the relationship between Perceived Emotional Intelligence (PEI) and Burnout among nursing professionals. Specifically, we analyze the PEI predictive capacity to explain burnout levels and mental health among nursing professionals. Correlational analyses yielded positive significant relationships between Emotional Attention and Despersonalization. Emotional Clarity was positively correlated to Personal accomplishment, mental health and high work satisfaction. Finally, Emotional Repair was positively related to personal accomplishment, mental health and work satisfaction. On the other hand, regression analyses verified these results and showed that PEI explained part of the variance that was not explained by sociodemographic variables. Moreover, PEI influenced burnout in two different ways: a directly on burnout dimensions and indirectly by the affect scale. Finally, we found that a lower score on burnout implied being more satisfied with work and a higher well-being than a higher score. These findings demonstrate that certain cognitive and emotional factors should be considered to explain burnout in nursing professionals.

Key words: Emotional Intelligence; TMMS, Salud mental, Nurses, Burnout.

Title: *Relationship between burnout and emotional intelligence and its influence on mental health, well-being and work satisfaction among nursing professionals*

Introducción

El concepto de *burnout* o *estrés laboral asistencial* fue descrito por primera vez por

Freudenberger (1974) como un tipo de estrés laboral específico de las profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas en las que la atención y/o ayuda al usuario, cliente y/o paciente es una de las principales tareas del ocupante del puesto. Los ejemplos claros de este tipo de profesiones los encontramos

* Dirigir la correspondencia a: Dr. José María Augusto, Universidad de Jaén, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología, Campus Las Lagunillas s/n. Edificio D-2. 23071 Jaén. España
E-mail: jaugusto@ujaen.es

© Copyright 2006: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

en policías, bomberos, profesores, médicos o enfermeras/os, siendo estos últimos uno de los colectivos más afectados. De hecho, existen numerosos estudios cuyos resultados ponen de manifiesto que el burnout se ha convertido en un serio problema para estos profesionales (Cottrell, 2001; Demeuroti, Bakker, Nachreiner y Schauferi, 2000; Fraga Díez, 2001; Humpel y Caputi, 2001; Weinberg y Creed, 2000), apuntándose como principales causas del mismo: el contacto con el sufrimiento y la muerte, los conflictos con los compañeros, la falta de preparación para tratar las necesidades emocionales de pacientes y familiares, la incertidumbre acerca de la eficacia del tratamiento, el cansancio y fatiga, el miedo a incurrir en negligencias o impericias y el trabajo nocturno (Blanco, 2004). En un reciente estudio realizado con 622 enfermeros/as se comprobó que la mayoría de los participantes presentaban síntomas del síndrome de burnout, y que los más afectados eran las personas jóvenes, con poco tiempo de servicio, que trabajaban en emergencias o en oncología (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Anastasio, Calle y Domínguez, 2004).

A la hora de explicar por qué son estas profesiones la más afectadas, autores como Cherniss (1980), Kramer (1974) y Stevens y O'Neil (1983) sugieren que estos trabajadores tienen unas expectativas no realistas sobre los servicios humanos profesionales, y la incongruencia entre dichas expectativas y la realidad influye en el estrés que experimentan. Por su parte, Maslach y Jackson (1986) señalan que a los profesionales asistenciales se les pide que se impliquen intensamente con personas que, por lo general, se encuentran en una situación problemática en la que tienen cabida sentimientos como la frustración, miedo y desesperación. En estos casos, la tensión resultante puede tener un efecto de desgaste

emocional, y la respuesta emocional no es una variable del burnout, sino que es la propia definición del fenómeno (Maslach y Jackson, 1986). Así que, se puede decir que las emociones juegan un papel primordial en este tema, y que la capacidad para razonar sobre ellas, percibir las y comprenderlas permite desarrollar procesos de regulación emocional que ayudarían a moderar y prevenir los efectos negativos del estrés (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003). Es más, dado que en el síndrome de burnout, el componente estresante surge de la interacción social entre quien ofrece sus servicios y quien los recibe, la gestión adecuada de las emociones que surgen en dicha interacción es un factor clave para explicar por qué unas personas son más resistentes a la aparición del síndrome que otras (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002). Este planteamiento ha hecho que, en la prevención y tratamiento del burnout, adquiera especial relevancia el concepto de Inteligencia Emocional (IE) como una cualidad que predice el éxito y permite afrontar los contratiempos que puedan surgir en este tipo de profesiones.

De acuerdo con Mayer y Salovey (1997) la IE se define como el resultado de una interacción adaptativa entre emoción y cognición que incluye la habilidad para percibir, asimilar, entender y manejar las emociones propias y la capacidad para detectar e interpretar las emociones de los demás. En la actualidad, contamos con un número considerable de investigaciones realizadas en ambientes laborales que han analizado el papel de la IE en variables relacionadas con el bienestar, como la salud y la satisfacción en el trabajo, y en variables de carácter negativo como el estrés y el burnout, entre otras. En cuanto a la influencia de la IE en la salud, Ciarrochi, Deane y Anderson (2002), señalan que la IE tiene un papel moderador en la relación

estrés-salud psicológica. Estos autores concluyen que las personas con elevada IE son capaces de afrontar mejor las demandas ambientales que las personas que puntúan bajo en esta variable. Por otra parte, también se ha comprobado un efecto diferencial de los factores que definen la Inteligencia Emocional Percibida (Atención a las Emociones, Claridad Emocional y Reparación Emocional) en la salud, las estrategias de afrontamiento y la satisfacción con el trabajo. Por ejemplo, se ha encontrado que las personas que puntúan alto en el factor Atención a las Emociones informan de más síntomas físicos, depresivos y de ansiedad (Salovey, Woolery, Stroud y Epel, 2002) que los individuos que obtienen una puntuación baja en dicho factor, ya que éstos últimos no consideran relevantes sus estados afectivos y no utilizan esa información para llevar a cabo estrategias de regulación efectivas (Gohm, 2003). Por otro lado, se ha comprobado que las puntuaciones altas en Claridad y Reparación Emocional se relacionan con una menor sintomatología ansiosa y depresiva y una mayor satisfacción vital (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2003). Además, la Reparación Emocional también se relaciona positivamente con la salud física y mental percibida (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002) y con la satisfacción laboral (Berrios, Augusto y Aguilar, 2006).

Por otra parte, en relación con el estrés y el burnout, Limonero, Tomas-Sabato, Fernández-Castro y Gómez-Benito (2004) hallaron que la Claridad y Reparación Emocional correlaciona negativamente con el estrés; y Augusto, Berrios, Aguilar y Molina (2005) encontraron que la Atención a las Emociones predice dos de las dimensiones del Burnout (el Cansancio Emocional y la Despersonalización).

Estos resultados nos llevan a pensar que, en términos generales, la IE se relaciona positivamente con la salud y la satisfacción laboral, y negativamente con el estrés y/o burnout. Aunque entendemos que en las investigaciones que se lleven a cabo será necesario realizar análisis específicos que aporten información sobre los componentes que la definen, ya que se ha comprobado que cada uno de ellos afecta de forma diferente al bienestar biopsicosocial del individuo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, hipotetizamos que debe existir una relación entre estas variables. En primer lugar, creemos que debe existir una relación negativa entre Burnout e Inteligencia emocional. En concreto, pensamos que las personas con mayor Inteligencia emocional sufrirán menos de este síndrome de Burnout, ya que los componentes de la IE funcionarán como elementos que reducen y previenen el estrés. En segundo lugar, creemos que se producirá una relación positiva entre Inteligencia Emocional y Salud mental, ya que la IE funcionará como un elemento que facilita el bienestar psicológico. Por último, hipotetizamos que debe producirse una relación positiva entre Inteligencia Emocional y Satisfacción con el trabajo. Específicamente, creemos que las personas con alta inteligencia emocional se sentirán más a gusto y satisfechos con su trabajo.

Método

Participantes

La muestra de este estudio estaba compuesta por 177 enfermeros/as de un hospital público de una ciudad del sur de España, de los que 46 eran hombres y 134 mujeres con edades comprendidas entre 23 y 58 años de edad ($\bar{X} = 40.14$). La mayor can-

tividad de mujeres respecto de hombres en nuestra muestra está en consonancia con el estudio realizado por Méndez Díaz y Komblit (1998), según el cual el 75% de los profesionales de la enfermería a nivel mundial son mujeres.

Intrumentos

Inteligencia Emocional Percibida. Esta variable se define como el metaconocimiento que las personas tienen de sus habilidades para percibir, asimilar, entender y manejar las emociones propias y las de los demás. Ha sido evaluada con la adaptación al castellano de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai (1995). Está compuesta por 24 ítems tipo Likert con un rango de puntuación de 1 a 5. Forman tres factores interpersonales de 8 ítems cada uno: Atención, Claridad y Reparación. El Alfa de Cronbach es 0.86 para el factor Atención, 0.90 para Claridad y 0.86 para Reparación emocional.

Síndrome de Burnout. Pines, Aaronson y Kafry (1981) describen en Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por un cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. Las principales dimensiones de este fenómeno son: Cansancio Emocional (CE), se define como el desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; puede manifestarse física y/o psíquicamente. Despersonalización (DP), hace referencia a una actitud negativa hacia las personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, acompañado de irritabilidad y baja motivación. Realización Personal (RP), se refiere a las respuestas negativas, hacia uno mismo y hacia el trabajo, típicas de la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales

profesionales, baja tolerancia a la presión y pobre autoestima. El síndrome de Burnout ha sido evaluado a través de la adaptación de Seisdedos (1997) al castellano del Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986). Está compuesto por un total de 22 ítems en cada uno de los cuales se presenta una afirmación referida a sentimientos relacionados con el trabajo. Las respuestas se registran en una escala tipo likert cuyo rango de puntuación oscila entre 0 (nunca) y 6 (todos los días). Respecto a las características psicométricas, la consistencia interna de la escala en la versión española es de 0,83 en CE; 0,48 en DP y 0,77 en RP.

Estado de Salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS), la salud se define como el bienestar biopsicosocial del individuo. El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a partir del Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcome Study -MOS), y mide conceptos que representan valores humanos básicos relevantes para el estado de salud siendo aplicable tanto a población general como a colectivos clínicos. Este cuestionario fue desarrollado por Ware y Sherbourne (1992), y la adaptación al castellano ha sido realizada por Alonso, Prieto y Antó (1995). De aquí se obtiene una escala reducida de 5 ítems que sirve como un indicador de salud mental que evalúa el grado de sintomatología depresiva y ansiosa que ha padecido el sujeto durante el último mes. El Alpha de Cronbach en su versión española es de 0.77.

Escala de bienestar. La escala de afectividad positiva y negativa (PNA) de Bradburn (Warr, Barter y Brownbrigde, 1983) fue elaborada para medir el nivel de bienestar o malestar subjetivo. Consta de 18 ítems en los que el sujeto contesta sobre una escala tipo likert con un rango de puntuación que oscila entre 1 (Poco o nunca) y 4 (casi todo el tiempo) a preguntas sobre sucesos

ocurridos al sujeto durante el último mes. Una parte de los ítems se refieren al afecto positivo mostrado por el sujeto y otra parte al afecto negativo. El afecto positivo se asocia fuertemente con la no ansiedad y la no depresión; por contra el afecto negativo se asocia fuertemente con ansiedad y depresión. La validación de la escala para población española fue realizada por Vergara, Yáñez, Carbonero, Romo, y Martínez, (1989), mostrando un Alfa de Cronbach de 0.74.

Escala de Satisfacción en el trabajo. La OJS (Overall Job Satisfaction) de Warr, Cook y Wall, (1979) fue diseñada para que cualquier tipo de trabajador remunerado pudiera completarla independientemente de su formación. Recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo. Está compuesta por 15 ítems tipo likert de 0 (muy insatisfecho) a 6 (muy satisfecho). Está formada por dos subescalas: Subescala de factores intrínsecos que aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos a la tarea, entre otros y la Subescala de factores extrínsecos que indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. A su vez se puede obtener un índice de satisfacción general en el trabajo sumando los posicionamientos de los encuestados en cada uno de los 15 ítems. La adaptación al castellano fue realizada por Munduate Jaca (1984) El Alfa de Cronbach de cada componente es: Satisfacción general entre .85 y .88; Satisfacción intrínseca entre .79 y .85; Satisfacción extrínseca entre .74 y .78

Datos Sociodemográficos. Por último, queremos señalar que también se ha recogido información acerca de determinadas variables sociodemográficas (p. e. edad, sexo, nº de hijos, si tiene pareja) y sociola-

borales (p. e. antigüedad en la profesión, elección de destino y turno de trabajo).

Resultados

La muestra tiene las siguientes características sociodemográficas. En cuanto a la antigüedad en el puesto profesional los datos muestran los siguientes porcentajes: de 0 a 5 años de antigüedad (30,1 %); 6 a 10 años (22,8%), de 11 a 15 años (19,4%), 16 a 20 años (8,9%) y 21 años o más (18,9%). Respecto a la elección del destino el 46,6% no lo eligió mientras que el 53,3 % si eligió su destino. Los turnos de trabajo han mostrado que el 76,1% tienen combinación de turnos diurnos y nocturnos, el 21,7% tiene turno diurno y el 2,2% nocturno. El 85% de la muestra tiene pareja mientras que el 15% no tiene pareja. En cuanto a la cantidad de hijos el 23% no tiene descendencia, el 17,2% tiene un hijo, el 37,2% tiene 2 hijos, el 16,1% tiene 3 hijos, el 2,2% tiene 4 hijos y el 1,7% tiene 5 hijos.

Las puntuaciones en las distintas escalas que completaron los participantes y el índice de consistencia interna (Coeficiente alpha) se presentan en la tabla 1.

Respecto a las correlaciones que se producen entre las variables, podemos observar en la tabla 2 que la subescala de EI Atención a los sentimientos correlaciona positivamente con la subescala de burnout denominada Despersonalización. La Claridad correlaciona positivamente con realización personal, el afecto positivo y con la escala de salud mental. La Reparación emocional se relaciona positivamente con realización personal, afecto positivo, escala de satisfacción intrínseca del trabajo, escala de Satisfacción total de trabajo y con la escala de salud mental. Sin embargo, la Reparación emocional se relacionó negativamente con el afecto negativo.

Por otra parte, las subescalas de Burnout mostraron las siguientes relaciones. Agotamiento emocional se relaciona positivamente con el afecto negativo y negativamente con las 3 escalas de satisfacción en el trabajo (intrínseca, extrínseca y total)

y la escala de salud mental. La Despersonalización correlaciona positivamente con la escala de afecto negativo y negativamente con la escala de salud mental. El Logro personal correlaciona positivamente con la escala de Salud mental.

Tabla 1. Medias, Desviaciones Típicas y Alpha de Cronbach en las diferentes variables

	Medias	SD	α
Atención	24.41	5.50	0.83
Claridad	26.92	6.98	0.69
Reparación	27.69	6.06	0.85
AE	22.99	12.66	0.70
DP	14.31	4.21	0.23
RP	36.17	9.45	0.71
PNA-	24.35	4.87	0.71
PNA+	16.65	4.39	0.65
Jobintra	24.10	9.38	0.70
Jobextrin	26.95	10.03	0.80
Jobtotal	50.91	17.52	0.76
Mh-5	69.55	14.53	0.72

Nota: AE: Agotamiento Emocional; DP: Despersonalización; RP: Logro Personal; PNA-: Escala de afecto Negativo; PNA+: escala de afecto Positivo; Jobintra: satisfacción intrínseca con el trabajo; Jobextrin: satisfacción extrínseca con el trabajo; Job total: satisfacción total con el trabajo, MH-5: escala de salud.

Para comprobar la relación existente entre los componentes de IEP, los factores de Burnout, salud mental, y satisfacción en el trabajo se realizaron diferentes análisis de regresión jerárquicos. En primer lugar, consideramos el síndrome de Burnout como para ver qué otras variables de las consideradas podían tener capacidad predictiva respecto al síndrome (véase Tabla 3).

Utilizamos el método por pasos e introdujimos cada variable independiente en el modelo de forma individual. En la

modelo de forma individual. En la primera ecuación se introdujo Sexo, Edad, Años en el puesto de trabajo, Elección de destino, Turno de trabajo, Pareja, y número de hijos como predictores. En esta primera fase en el caso del cansancio emocional ninguna de las variables de la primera ecuación explicó su varianza.

Tabla 2. Correlaciones entre las subescalas de TMMS y otras medidas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Atención	1.00											
2. Claridad	0.33**	1.00										
3. Reparación	0.32**	0.44**	1.00									
4. AE	0.14	-0.03	-0.05	1.00								
5. DP	0.20**	0.11	0.29	0.57**	1.00							
6. RP	0.01	0.39**	0.40**	-0.04	-0.03	1.00						
7. PNA+	0.13	0.32**	0.37**	-0.86	0.03	0.07	1.00					
8. PNA-	0.02	-0.05	-0.15*	0.31**	0.20**	-0.13	-0.10	1.00				
9. JOBintra	0.05	0.13	0.20**	-0.28**	-0.09	0.07	0.34**	-0.15	1.00			
10. JOBextri	0.00	0.10	0.14	-0.29**	-0.12	0.04	0.28**	-0.08	0.61**	1.00		
11. JOBtotal	0.02	0.12	0.19*	-0.32**	-0.13	0.06	0.34**	-0.14	0.89**	0.90**	1.00	
12. MH-5	0.01	0.35**	0.36**	-0.33**	-0.16*	0.22**	0.40**	-0.55	0.27**	0.19*	0.26**	1.00

Nota: AE: Agotamiento Emocional; DP: Despersonalización; RP: Logro Personal; PNA+: Escala de afecto Negativo; PNA-: escala de afecto Positivo; JOBintra: satisfacción intrínseca con el trabajo; JOBextri: satisfacción extrínseca con el trabajo; Job total: satisfacción total con el trabajo; MH-5: escala de salud.

Tabla 3. Análisis de regresión jerárquica prediciendo el Burnout

	R ²	F	β	P	Δ R ²
<i>(Criterio: Cansancio Emocional)</i>					
Step 1: Covariante	.31	.67			.67
Sexo			-.03	.74	
Edad			.05	.55	
Años de trabajo			.11	.26	
Elección de destino			-.12	.16	
Turno de trabajo			.07	.44	
Pareja			.08	.35	
Numero hijos			-.02	.88	
Step 2: Escala de Afecto	.38	2.40			.29**
PNA positivo			-.06	.48	
PNA negativo			.32	.00**	
Step 3: TMMS	.20	2.08			.09**
Atención			.22	.02**	
Claridad			-.05	.55	
Reparación			-.07	.48	
<i>(Criterio: Despersonalización)</i>					
Step 1: Covariante	.05	1.10			.05**
Sexo			-.03	.075	
Edad			.21	.02**	
Años de trabajo			-.01	.85	
Elección de destino			.07	.40	
Turno de trabajo			.04	.66	
Pareja			.06	.46	
Numero hijos			-.11	.25	
Step 2: Escala de Afecto	.36	.25			.29*
PNA positivo			.06	.49	
PNA negativo			.24	.00*	
Step 3: TMMS	.19				.10**
Atención			.20	.03*	
Claridad			.05	.64	
Reparación			-.02	.88	

Tabla 3. Continuación

<i>(Criterio: Realización Personal)</i>				
Step 1: Covariante	.11	2.43		.11**
Sexo			.23	0.00*
Edad			-.11	.22
Años de trabajo			-.08	.38
Elección de destino			.16	.05**
Turno de trabajo			-.12	.14
Pareja			-.17	.05**
Numero hijos			.18	.06
Step 2: Escala de Afecto	.22	3.85		.11**
PNA positivo			.26	.00**
PNA negativo			-.10	.20
Step 3: TMMS	.52			.41**
Atención			-.17	.02**
Claridad			.18	.01**
Reparación			.20	.01**

En el caso de la Despersonalización un 5% de la varianza fue explicada por la edad. Las personas de más edad informaban de una mayor despersonalización. En cuanto a la realización personal el 11% de la varianza fue predicha por el sexo, elección de destino y pareja. Así las mujeres que eligieron libremente su destino de trabajo y convivían con una pareja informaban de una mayor realización personal.

En la segunda fase se introdujeron como variables la escala de afecto (positivo y negativo). En esta fase, el afecto negativo predijo un 29% de la varianza de Cansancio Emocional. Las personas que manifestaban pensamientos negativos informaban de un mayor cansancio emocional. Para el factor Despersonalización los resultados encontrados fueron idénticos al factor cansancio emocional, un 29% de la varianza fue explicada por el afecto negativo. Por último para el factor realización personal, un 11% de la varianza fue explicada por el

afecto positivo, así sujetos con pensamientos positivos informaban de una mayor realización personal.

En la tercera fase se introdujeron las variables Atención, Claridad y Reparación. En esta fase la atención a los sentimientos fue el predictor del Cansancio emocional. Así un 9% de la varianza del cansancio emocional fue explicada por la atención a los sentimientos. Así las personas con baja capacidad de atención emocional informaban de un mayor nivel de cansancio emocional. Así mismo para el factor Despersonalización un 10% de la varianza fue explicado por la atención a los sentimientos. Por último para el factor Realización personal los factores Claridad y Reparación emocional explicaron el 31% de la varianza en realización personal. Así los profesionales de enfermería con una buena claridad emocional y una capacidad más elevada para reparar y discriminar sus estados emocionales indicó un mayor nivel de realización personal.

En la cuarta fase se introdujo la variable satisfacción en el trabajo, esta variable explicó el 6% de la varianza de cansancio emocional de tal manera que aquellos individuos con alto cansancio emocional informaron de una menor satisfacción en el trabajo y viceversa. La Despersonalización y la Realización Personal no fueron predichas por esta variable.

Para analizar el impacto que las variables del estudio tendrían sobre la salud mental, realizamos un segundo análisis de regresión jerárquica (véase tabla 4). La variable dependiente fue salud mental. En la primera ecuación se introdujo Sexo, Edad, Años en el puesto de trabajo, Elección de destino, Turno de trabajo, Pareja, y número de hijos como predictores. En esta primera

fase ninguna de las anteriores variables explicó la su varianza. En la segunda fase se introdujeron las variables afecto positivo y afecto negativo. En esta fase el afecto positivo y negativo explicaron el 38% de la varianza en salud mental. Así los profesionales de enfermería que tienden a puntuar más alto en afecto positivo muestran una mejor salud mental que aquellos otros que puntúan más alto en afecto negativo. En la tercera fase se introdujo las variables de EI (Atención, Claridad y Reparación emocional) las 3 variables se mostraron como adecuados predictores de la salud mental de los sujetos explicando el 11% de la varianza. De tal manera que aquellos sujetos que tienen una buena inteligencia emocional indicaban una mayor salud mental.

Tabla 4. Análisis de regresión jerárquica prediciendo la Salud Mental

	R ²	F	β	P	Δ R ²
Step 1: Covariante	.03	.59			.03
Sexo			.06	.48	
Edad			.00	.93	
Años de trabajo			-.08	.36	
Elección de destino			.11	.17	
Turno de trabajo			.02	.80	
Pareja			.03	.71	
Numero hijos			.08	.43	
Step 2: Escala de Afecto	.41	11.98			.38**
PNA positivo			.33	.00**	
PNA negativo			-.50	.00**	
Step 3: TMMS	.52	10.17			.14**
Atención			-.17	.02**	
Claridad			.18	.01**	
Reparación			.19	.01**	

Realizamos un análisis de regresión jerárquica para examinar las relaciones de sa-

tisfacción en el trabajo con el resto de variables del estudio (tabla 5). La variable

dependiente fue la satisfacción en el trabajo. En la primera ecuación se introdujo Sexo, Edad, Años en el puesto de trabajo, Elección de destino, Turno de trabajo, Pareja, y número de hijos como predictores. En esta primera fase el número de hijos fue el único predictor adecuado de la satisfacción en el trabajo. Un 11% de la varianza en satisfacción en el trabajo fue explicada por el número de hijos. De tal manera que tener hijos fue asociada a una mayor satisfacción en el trabajo. En la segunda fase se

introdujeron las variables afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo explicó el 11% de la varianza en satisfacción en el trabajo. Los sujetos que tienden a puntuar alto en afecto positivo se muestran más satisfechos en su trabajo. En la tercera fase se introdujeron las variables de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación emocional) en este caso la reparación emocional explicó el 3% de la varianza de satisfacción en el trabajo.

Tabla 5. Análisis de regresión jerárquica prediciendo la satisfacción en el trabajo

	R ²	F	β	P	Δ R ²
Step 1: Covariante	.11	2.03			.11**
Sexo			.18	.06	
Edad			-.11	.28	
Años de trabajo			-.00	.97	
Elección de destino			.14	.13	
Turno de trabajo			-.13	.15	
Pareja			-.10	.30	
Numero hijos			.24	.03**	
Step 2: Escala de Afecto	.022	3.39			.11**
PNA positivo			.29	.00**	
PNA negativo			-.13	.14	
Step 3: TMMS	.25	2.92			.14
Atención			-.16	.08	
Claridad			-.04	.69	
Reparación			.13	.20	

Por último, para examinar las diferencias emocionales y cognitivas de aquellos profesionales que presentaban altas y bajas puntuaciones en las dimensiones de burnout dicotomizamos la muestra en grupos extremos siguiendo el baremo para cada dimensión de burnout que aparece en el manual español del MBI (Seisdedos, 1997). Tuvimos en cuenta las puntuaciones relativas a los profesionales médicos en

España. El grupo con alto Cansancio emocional mostró mayor puntuación en afecto negativo ($M= 18.9$ vs. $M= 15.32$; $F_{(1,119)}=12.05$; $p=.001$). Por su parte, los resultados fueron más positivos para aquellas personas con bajo cansancio emocional que obtuvieron mejores puntuaciones tanto en Salud Mental ($M= 23.25$ vs. $M= 20.49$; $F_{(1,122)}=5.48$; $p<.05$) como en la escala global de satisfacción con el trabajo ($M=$

52.74 vs. $M= 39.55$; $F_{(1,122)}=4.86$; $p<.05$) y en la subescala satisfacción extrínseca con el trabajo ($M= 28.05$ vs. $M= 21.26$; $F_{(1,122)}=5.89$; $p<.05$). Sin embargo, el ser alto o bajo en esta dimensión de burnout no parece relacionarse con la Inteligencia emocional.

Respecto a la dimensión Despersonalización, encontramos que se producen diferencias significativas en el factor de Inteligencia Emocional, Regulación emocional. En concreto, son los altos en Despersonalización los que regulan mejor sus emociones ($M= 27.83$ vs. $M= 24.10$; $F_{(1,117)}=6.11$; $p<.05$). También son las personas que puntúan alto en Despersonalización los que obtienen mejor puntuación en la escala de satisfacción intrínseca con el trabajo ($M= 22.71$ vs. $M= 17.1$; $F_{(1,117)}=6.89$; $p<.01$) y satisfacción extrínseca con el trabajo ($M= 25.32$ vs. $M= 18.8$; $F_{(1,117)}=10.48$; $p<.01$) así como para la escala de satisfacción con el trabajo global ($M= 47.73$ vs. $M= 35.9$; $F_{(1,117)}=9.56$; $p<.01$).

Por último, las personas con mayor puntuación en Realización Personal obtienen asimismo una mayor puntuación en comprensión de las emociones ($M= 28.08$ vs. $M= 22.78$; $F_{(1,157)}=10.59$; $p<.01$), en salud mental ($M= 20.28$ vs. $M= 23.10$; $F_{(1,157)}=13.42$; $p<.01$). Por otro lado, las personas que puntúan bajo en Realización personal puntúan más alto en Afecto negativo ($M= 17.75$ vs. $M= 16.09$; $F_{(1,158)}=7.32$; $p<.01$). Finalmente, se muestra una tendencia estadística aunque no significativa a mostrar mayor satisfacción intrínseca con el trabajo las personas que puntúan alto en realización personal ($M= 25.05$ vs. $M= 20.78$; $F_{(1,158)}=3.56$; $p=.06$)

Discusión

En este estudio se ha constatado la influencia que tienen ciertas habilidades emocionales como la IEP en la aparición del burnout y el desajuste emocional. En conjunto los análisis de correlaciones y regresión han mostrado el papel diferencial de los diversos factores de IEP sobre variables de ajuste emocional y dimensiones de burnout, incluso cuando se han controlado aspectos como la edad, sexo, tiempo en la profesión, turno, pareja, número de hijos. Además los resultados de los análisis de regresión jerárquicos han revelado que los aspectos de la IEP y variables de personalidad como el afecto positivo y negativo y la Satisfacción en el trabajo explican parte de la varianza de las dimensiones de burnout no explicadas por las variables sociodemográficas. Además, un examen más exhaustivo de los análisis de regresión jerárquicos realizados sobre las variables criterio muestran que la IEP influye de maneras diferentes sobre el burnout. En primer lugar de forma directa tal y como se aprecia por el porcentaje de varianza explicada en cada una de las dimensiones pero además indirectamente, a través de la escala de afecto, ya que los análisis muestran que los factores de IEP influyen en la tendencia a suprimir el afecto negativo y potenciar el afecto positivo, y a su vez esta tendencia explica por sí misma parte de la varianza de las dimensiones de burnout.

También hemos constatado que las escalas de afecto positivo y negativo explican parte de la varianza de salud mental de la siguiente manera. El afecto positivo se asocia positivamente a los contactos sociales, a la extraversión y negativamente a la depresión; mientras que el afecto negativo se asocia a problemas interpersonales, al neuroticismo y a la ansiedad. Si tenemos en cuenta que la escala de salud MH-5 evalúa la sintomatología depresiva y ansiosa del sujeto durante el último mes, los resultados

han mostrado que sujetos con baja salud mental muestran altas puntuaciones en afecto negativo y bajas en afecto positivo, mientras que sujetos con buena salud mental muestran altas puntuaciones en afecto positivo y bajas en afecto negativo. A su vez hemos constatado que los tres componentes de la IEP (Atención, Claridad y Reparación) explican parte de la varianza de salud mental. De tal forma que una adecuada atención a los sentimientos, claridad de sentimientos y reparación emocional predecirá una buena salud mental de los sujetos. Los datos encontrados, se encuentran la misma línea que el reciente estudio realizado por Tsaousis y Nikolaou (2005) en el cual encontraron fuertes relaciones entre IE y salud física y psicológica. De tal manera que unos altos niveles en EI se mostraban como predictores de una buena salud general en los sujetos. También hemos constatado que el afecto positivo y la reparación emocional predecirán parte de la varianza de satisfacción en el trabajo.

Por último, observamos que los factores del burnout, en caso de tener baja puntuación también se relacionan con elementos positivos como una mejor salud mental, satisfacción con el trabajo y bienestar. Mientras que altas puntuaciones implican además otros elementos negativos como poco bienestar. Además se comprueba que la

despersonalización se relaciona con una buena regulación y realización personal con una buena comprensión de las emociones, factores estos de Inteligencia emocional. Con lo que podemos decir que los factores comprensión o claridad y regulación emocional son positivos e implican una menor predisposición a sufrir de este síndrome de burnout.

Los hallazgos de este estudio implican una serie de evidencias sobre ciertos factores emocionales y cognitivos relacionados con la aparición de desajuste emocional y burnout que deben ser tenidos en cuenta en futuros programas dirigidos a la prevención, formación y entrenamiento en el control del estrés laboral de los profesionales de la enfermería. No obstante, futuras investigaciones deberían controlar otros aspectos de importancia como son los estresores ocupacionales (Nikolaou y Tsaousis, 2002; Slaski y Cartwright, 2002), variables actitudinales como el compromiso organizacional (Tummers y Landeweerd, 2002) o el apoyo social (Shirey, 2004) y el uso de estrategias de afrontamiento que realizan los sujetos.

Artículo recibido: 26-10-2006

aceptado: 06-12-2006

Referencias bibliográficas

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Cale, M. E. y Domínguez, V. (2004). Burnout síndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Augusto, J.M., Berrios, M. P., Aguilar, M. C. y Molina, B. (2005). Validez predictiva de la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) en el síndrome burnout: Un estudio con profesionales de Enfermería. *III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. La Habana (Cuba)*.
- Berrios, M. P., Augusto, J.M. y Aguilar, M.C. (En prensa, 2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en context-

- tos hospitalarios. *Index de Enfermería*.
- Blanco, G. (2004). Job-stress and health in surgical nurses. *Revista de la Facultad de Medicina*, 1, 1-12.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Praeger Publishers, New York.
- Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: Focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 157-164.
- Demeuroti, E., Bakker, A. R., Nachreiner, F. y Scahufeli, W. B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *Journal Advances Nurs*, 32, 454-464.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-age women. *Psychological Report*, 91, 47-59.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Durán, A. (2003). Emotional Intelligence and Burnout in Teachers. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (5), 260-265.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Inteligencia Emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Fraga Diez, I. (2001). Desmotivación y enfermería. Diagnostico del problema. *Metas de enfermería*, 38, 38-41.
- House, J. S. (1980). *Work stress and social support*. Addison-Wesley: Reading Mas.
- Humpel, N. y Caputi, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 399-403.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock. Why nurses leave nursing*. St. Louis: Mosby.
- Limonero, J., Tomas-Sabato, J, Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influence of perceived emotional intelligence in nursing job stress. *Ansiedad y Estrés*, 1, 29-41.
- Malach, C. y Jackson, S. E. (1986). Burnout research in the social services: a critique. Special issues: burnout among social workers. *Journal of social service research*, 10, 95-105.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists (2^a edic.).
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed). *Handbook of Intelligence* (2nd ed) (pp. 396-420). New York: Cambridge.
- McQueen, A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 101-108.
- Munduate Jaca, M. L. (1984). *La motivación en el trabajo*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- Nikolaou, I. y Tsaousis, I. (2002). Emotional Intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and organisational commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10, 327-342.
- Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pines, A., Aaronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Salovey, P., Woolery, A., Stroud, L. y Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual*. Madrid. TEA.
- Shirey, M. R. (2004). Social Support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economics*, 6, 313-319.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Stevens, G. y O'Neill, P. (1983). Expectation and burnout in the developmental disabilities field. *American Journal of Community Psychology*, 11, 615-627.
- Tsaousis, I. y Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological

- health functioning. *Stress and Health*, 21, 77-86.
- Tummers, G. E. y Landeweerd, J. A. (2002). Work organization, Work Characteristics, and their Psychological effects on nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 3, 183-206.
- Vergara, A., Yáñez, S., Carbonero, A., Romo, I. y Martínez, B. (1989). Problemas generales de la medición de estados afectivos y de operacionalización de los diferentes conceptos. En A. Echevarría y D. Páez (Eds.), *Emociones: Perspectivas Psicosociales* (pp. 473-504). Madrid: Fundamentos.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.
- Warr, J., Cook, L. y Wall, S. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.
- Warr, P., Bater, J. y Brown-Bridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644-651.
- Weinberg, A. y Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, 355, 533-537.