

El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE

Moreno, B., Garrosa, E., González, J. L.

RESUMEN

Objetivos: el estudio muestra el desarrollo y la validación factorial del *Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería* (CDPE), instrumento construido para la evaluación específica del desgaste profesional (burnout) en el colectivo de enfermería. Este cuestionario recoge escalas centradas en la evaluación de las variables más relevantes del proceso de desgaste profesional dentro de esta profesión. A través del presente estudio se analiza la estructura interna del cuestionario, examinando su validez factorial, la consistencia interna de sus escalas y la interdependencia estructural existente entre ellas.

Métodos: la elaboración del cuestionario se basó en el análisis de la información teórica existente, el desarrollo de diversas entrevistas semiestructuradas y posteriores discusiones de grupo. Tras su aplicación a una muestra piloto de 30 personas, el cuestionario resultante de este proceso fue contestado por 389 enfermeros/as que desarrollan su trabajo en 5 hospitales de Madrid capital. Se llevó a cabo un análisis factorial para cada uno de los bloques que integran el cuestionario (aspectos antecedentes, consecuentes, mediadores y específicos del síndrome de Desgaste profesional) por el método de ejes principales y empleando una rotación oblicua (oblimín directo). El análisis de la consistencia interna de las escalas se basó en el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach. Por último, se llevó a cabo un análisis de las correlaciones existentes entre las escalas de los distintos bloques para determinar el grado de interdependencia existente entre ellas.

Resultados: la solución factorial obtenida constituye un elemento de apoyo a la validez de constructo del instrumento y se ajusta al marco teórico de partida. Se hallaron índices de fiabilidad elevados para la práctica totalidad de las escalas del CDPE, existiendo relaciones entre ellas que confirman la estructura teórica planteada.

Conclusión: el análisis del CDPE muestra resultados favorables respecto a su fiabilidad y a su validez de constructo, aunque parece necesario el desarrollo de nuevos trabajos que suministren una mayor información sobre los criterios de bondad del instrumento.

PALABRAS CLAVE

Desgaste profesional (burnout), enfermería, CDPE, evaluación, validación factorial.

THE NURSING BURNOUT. DEVELOPMENT AND FACTORIAL VALIDATION OF THE CDPE

ABSTRACT

Objectives: The study shows the development and the factorial validation of the *Nursing Burnout Questionnaire* (CDPE), an instrument for the specific assessment of burnout in nursing. The questionnaire comprises several scales focused on the evaluation of the most relevant variables in the burnout process inside this profession. By the present study, the internal structure of the questionnaire was analysed as well as the reliability of its different scales and the structural interdependence between them.

Methods: The development of the questionnaire was based on theoretical information, semistructured interviews and group discussions. After a pilot study with a sample of 30 people, the resulting instrument was filled in by 389 nurses working in 5 hospitals in Madrid. A factorial analysis was carried out for each block that composes the questionnaire (antecedents, consequences, mediators and burnout syndrome) by using both principal axes and oblimin rotation methods. Internal consistency was established by Cronbach alpha coefficient. Finally, the correlation between the scales belonging to each block was assessed in order to determine the structural relationship between them.

Results: The factorial solution represents a support for the construct validity of the instrument, and corresponds highly to the initial theoretical framework. Cronbach alphas were high for the different scales. The relations between them confirm the theoretical structure proposed in the questionnaire.

Conclusion: Although the analyses carried out show CDPE is a valid and reliable instrument, further studies are necessary to confirm the goodness of the instrument.

KEY WORDS

Burnout, Nursing, CDPE, evaluation, factorial validity.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Trabajo recibido el 21-IX-99. Aceptado el 7-II-00

Correspondencia:

Bernardo Moreno Jiménez.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

E-mail: bernardo.moreno@uam.es.

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería ha sido considerada frecuentemente en la literatura como una ocupación particularmente estresante, caracterizada por las continuas demandas físicas y emocionales que los profesionales reciben de sus pacientes. Los enfermeros/as se enfrentan habitualmente a la muerte y al dolor, a múltiples problemas relativos a su tarea, a desajustes organizacionales y no es extraño que se vean envueltos en situaciones difíciles, obligados a tomar decisiones de responsabilidad en situaciones críticas para las que en algunos casos sólo cuentan con información ambigua e incompleta^{1,2}.

Se ha propuesto que las fuentes de estrés y del desgaste profesional (o burnout) dentro de esta profesión pueden englobarse en dos grandes categorías: la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales^{3,4}. Mientras algunos autores han propuesto la relación directa con los pacientes como la fuente más decisiva del desgaste profesional en esta profesión⁵, otros destacan principalmente la importancia de las variables laborales y organizacionales⁶ en la etiología de este síndrome caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal⁷.

La literatura muestra resultados que apoyan ambos tipos de factores. Así, es posible encontrar como fuentes del desgaste profesional factores de tipo organizacional como la sobrecarga laboral, el escaso apoyo social, la comunicación pobre, los continuos cambios en el entorno laboral, la excesiva responsabilidad que conlleva su trabajo, los conflictos con los médicos, el conflicto y la ambigüedad de rol, y, por la otra parte, factores relativos a las demandas emocionales excesivas de los pacientes y sus familiares, etc.⁸⁻¹⁴.

Respecto a las consecuencias derivadas del síndrome del desgaste profesional, pueden señalarse repercusiones a nivel individual y organizacional^{4,15}, a las que se deben sumar otras a nivel macrosocial, relacionadas con los enormes costes financieros, sociales y humanos asociados al síndrome. Siguiendo a Maslach¹⁶, es posible establecer diferentes consecuencias y síntomas a un nivel individual: físicos, cognitivo-emocionales y conductuales. Por su importancia, parece necesario resaltar la elevada correlación que ha sido hallada en algunos estudios entre el «burnout» y ciertas alteraciones de tipo cardíaco (palpitaciones, taquicardia, etc.^{17,18}). Otra consecuencia del síndrome a nivel individual es el deterioro de la vida social y familiar del individuo, lo que parece asociarse con un deterioro, entre otros, de la calidad de las redes sociales y del apoyo social recibido¹². A un nivel organizacional se han señalado, entre otros, problemas de absentismo, aumento de solicitudes de traslado, incremento en el número de rotaciones, disminución de la productividad y eficacia del trabajo, pérdida del compromiso e implicación con la organización^{19,20}.

El recorrido por los métodos de evaluación del estrés y del desgaste profesional en enfermería evidencia la existencia de instrumentos centrados en la evaluación del estrés, pero apenas de herramientas de evaluación específi-

cas del síndrome en esta profesión. Un ejemplo de lo primero lo constituyen el *Nursing Stress Scale* (NSS)²¹ y el *Nurse Stress Index* (NSI)²². Respecto a la medida específica del síndrome, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI)^{7,23} ha sido el instrumento de evaluación más utilizado en la profesión de enfermería, pero son menos los instrumentos de medida del desgaste profesional específicos para profesiones sanitarias tales como el *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP)²⁴. Si bien este último cuestionario no ha sido diseñado específicamente para la evaluación del desgaste profesional en enfermería, sí parece adaptarse mejor a las características concretas de esta profesión.

Aunque el uso del MBI continua siendo una referencia obligada en la evaluación del desgaste profesional, parece necesario la creación de instrumentos de evaluación más amplios que permitan recoger información sobre los distintos aspectos del proceso, tanto en lo referente al síndrome, como a sus factores antecedentes y consecuentes²⁵. Esta misma estrategia se ha seguido en el desarrollo de instrumentos análogos de evaluación del estrés laboral, como el *Occupational Stress Indicator* (OSI)²⁶ y el *Organizational Stress Questionnaire* (OSQ)²⁷. Este tipo de instrumentos proceden de modelos teóricos, tales como el desarrollado por el Institute of Social Research (ISR) de la Universidad de Michigan²⁸ o el modelo de fases propuesto por Cooper²⁹. El enfoque teórico de ambos cuestionarios trata de centrarse en la evaluación de los diferentes elementos del estrés como proceso. El mismo enfoque procesual ha sido recogido últimamente por Maslach y Leiter³⁰ al proponer el «Staff Survey» como instrumento complementario para la evaluación del «burnout». En este último instrumento se incluyen algunos de los elementos presentes en el proceso: gestión, organización y características personales. La tendencia actual en la evaluación del síndrome de desgaste profesional parece pues optar por incluir los diferentes elementos presentes en el proceso.

Otro factor al que debe atenderse a fin de mejorar la validez de la medida se refiere a la elaboración no de cuestionarios genéricos, sino específicos de la profesión o tipo de tarea que se está evaluando, ya que los factores antecedentes varían en función de las diferentes actividades que se llevan a cabo, de las distintas funciones que se desempeñan y de las características de la tarea específica de la profesión, como se ha puesto de manifiesto al estudiar los factores desencadenantes específicos de determinadas profesiones³¹. Por ello, en la medida de lo posible, resulta aconsejable ajustar las características del instrumento de medida a las condiciones de trabajo de la profesión en cuestión.

Atendiendo a estas consideraciones, ha sido elaborado el *Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería* (CDPE), instrumento que se presenta en este trabajo. El CDPE se fundamenta en un modelo teórico transaccional e interactivo que considera la aparición del desgaste profesional de enfermería como resultado del contexto laboral de esta profesión, de las características individuales y del tipo de afrontamiento adoptado. La consideración

transaccional del síndrome³² supone que el proceso está siendo modulado en cada una de sus fases por las variables propias del sujeto y las conductas desarrolladas. De este modo, el desgaste profesional aparecería en función de la vulnerabilidad o resistencia del sujeto y de su incapacidad para abordar de una manera activa y positiva las fuentes potenciales de estrés. Este planteamiento del desgaste profesional reproduce básicamente el modelo clásico de estrés como nivel de ajuste existente entre el individuo y el medio³³.

De acuerdo con esto, el CDPE, además de proporcionar una medida específica del desgaste profesional, de antecedentes específicos y de consecuentes del mismo, ver figura 1, incorpora variables de la persona que la investigación actual sobre el estrés laboral y el desgaste profesional ha mostrado como elementos relevantes en el proceso: la personalidad resistente (Hardiness)³⁴ y las estrategias de afrontamiento^{35,36}.

La personalidad resistente ha sido estudiada principalmente como una variable que modula la relación entre el estrés y sus resultados o consecuencias; los datos encontrados indican que está relacionada con una mejor salud^{37,38}. Los individuos con personalidad resistente tienden a transformar las situaciones estresantes de manera que parecen convertirlas en ocasión y desafío del que pueden extraer consecuencias positivas. En el modelo de Kobasa³⁹ la personalidad resistente queda operativizada en tres dimensiones: compromiso, control y reto. La otra variable de la persona considerada en el CDPE son los procesos de afrontamiento (*coping*), decisivos en el resultado final del proceso de estrés^{36,40}. El afrontamiento es entendido como el conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente. El cuestionario incluye tres estrategias básicas de afrontamiento vinculadas a la tarea y al puesto de trabajo de enfermería: el afrontamiento directo, la evitación y la búsqueda de apoyo social.

El objetivo de este estudio es presentar el proceso de construcción empleado en el diseño y elaboración del CDPE, mostrar su estructura interna a través del análisis factorial de sus ítems y presentar la interrelación entre las escalas del instrumento como una primera aproximación a la validez de constructo.

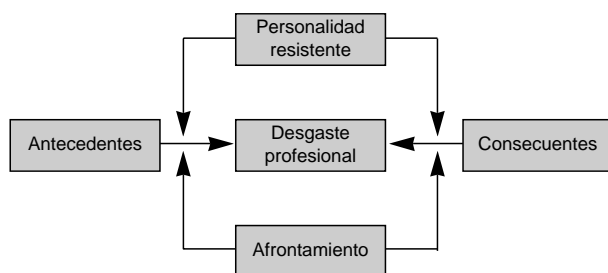


Figura 1. Diagrama representativo del marco teórico del CDPE.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra utilizada para el análisis del cuestionario y de las variables sociodemográficas recogidas por él la constituyen 389 enfermeros/as que desarrollan su trabajo en cinco hospitales de Madrid capital, de los cuales el 88% son mujeres y el 11% son hombres. La media de edad se sitúa en torno a los 36 años (SD = 7.37), con una media de 14 años de experiencia (SD = 7) y nueve años de experiencia en el mismo puesto (SD = 6).

Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)

El CDPE trata de evaluar las variables intervinientes en el proceso de desgaste profesional (burnout) en la profesión de enfermería, basándose en el modelo teórico explicado en la introducción. Específicamente, se incluyen determinadas variables antecedentes propias del ámbito organizacional hospitalario. Éstas se refieren tanto a cuestiones referentes a las características intrínsecas del trabajo, como a aspectos relativos a la estructura y cultura organizacional, prestando también atención a factores como los estresores de rol y las relaciones interpersonales dentro del trabajo.

La medida del síndrome se realiza teniendo en cuenta las tres dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson^{7,23}: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, habiéndose sustituido la dimensión de «realización personal» por su análoga inversa «falta de realización personal», con el fin de facilitar la interpretación de perfiles, así como el cálculo de un índice global de desgaste profesional que se puede establecer a partir de la media obtenida por el enfermero/a en cada una de las tres dimensiones señaladas, tal como diferentes autores han propuesto⁴¹⁻⁴³.

Finalmente, se recoge información sobre las diversas consecuencias del síndrome de desgaste profesional a nivel individual y organizacional. De acuerdo al modelo transaccional propuesto, el instrumento incluye medidas de variables moduladoras en la génesis y desarrollo del desgaste profesional. Concretamente se incluye la variable de personalidad denominada Personalidad Resistente (hardiness) y la medida de tres tipos básicos de estrategias de afrontamiento. La estructura básica del cuestionario aparece en la figura 2.

De forma más específica, es posible diferenciar las siguientes escalas que configuran el cuestionario:

En relación a los antecedentes se valoran los siguientes componentes: la *interacción conflictiva* (12 ítems) donde aparecen ítems relativos a problemas y contrariedades surgidas en la interacción con los médicos, pacientes y familiares («Los pacientes/familiares nos culpan de lo que les pasa», «Los médicos nos echan las culpas de sus propios errores»); la *sobrecarga* (15), que incluye ítems que tienen que ver con el exceso de demandas cuantitativas y

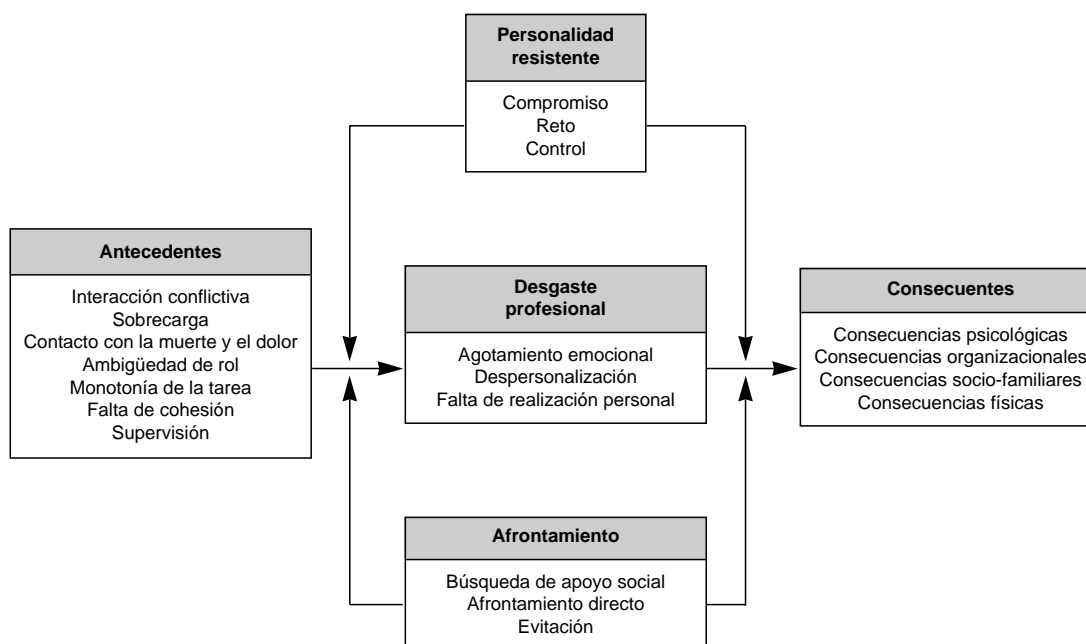


Figura 2. Estructura del cuestionario de desgaste profesional de enfermería.

cualitativas que se le exigen al trabajador en función de la capacidad, el tiempo y los recursos disponibles para llevarlas a cabo («Creo que tengo demasiadas tareas que realizar a la vez», «Me falta tiempo para terminar mi trabajo»); el *contacto con la muerte y el dolor* (8), que recoge ítems que miden el grado en el que los enfermeros/as se sienten afectados por el contacto con los enfermos que sufren, se encuentran en estado terminal o mueren («Me afecta bastante la muerte de un paciente joven», «Me afecta aplicar tratamientos dolorosos»); la *ambigüedad de rol* (6), que hace referencia a la claridad de la información que los/as enfermeros/as perciben en relación a su rol laboral y organizacional («Las órdenes que se me dan son vagas y ambiguas», «Considero que las tareas que se me asignan están bien planificadas»); la *monotonía de la tarea* (4), que hace referencia a la variedad y monotonía de la tarea («Me aburre la rutina diaria», «Creo que las tareas que realizo son monótonas»); la *falta de cohesión* (6), donde los ítems que componen esta escala hacen referencia al nivel de unión y de armonía existente entre los compañeros de trabajo («Entre mis compañeros, de vez en cuando, surgen críticas o piques», «La gente de mi servicio, cada uno va por su lado»), y la *supervisión* (11), que está configurada por ítems que muestran el grado en el que el profesional percibe apoyo e interés por parte de sus supervisores, es informado por éste en relación a la correcta realización de su trabajo, se siente valorado, etc. («A mis superiores no les importas nada, ni tú mismo ni el trabajo que realizas», «Sólo recibo alguna comunicación sobre el desarrollo de mi trabajo cuando hago algo mal»).

La siguiente escala es el desgaste profesional que recoge ítems que evalúan los tres componentes del síndrome de «burnout» de forma específica: el *agotamiento emocional*

(12) («Voy al trabajo cansado/a y vuelvo de él cansado/a, me cuesta ir a trabajar», «Me siento quemado/a con mi trabajo»); la *despersonalización* (12) («Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes», «Respecto a mis pacientes, no me implico en sus problemas; es como si no existieran»), y la *falta de realización personal* (5) («Siento que mi trabajo no sirve para nada», «Siento que no influyo de manera positiva en la vida de otras personas»).

De manera adicional, es posible obtener un *índice general de desgaste profesional* a partir de la media de estas tres dimensiones.

A continuación se valora la personalidad resistente, siendo posible obtener una medida de la personalidad resistente de los sujetos a través de un *índice global*, así como de cada una de las dimensiones que la integran: el *compromiso* (8) («Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él», «A menudo trabajo duro, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas»); el *reto* (7) («Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva», «En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones que implican un desafío personal»), y el *control* (6) («No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, de cualquier forma, el resultado es el mismo», «Aunque me esfuerce no se consigue nada»).

El afrontamiento evalúa tres estrategias básicas para hacer frente al estrés: la *búsqueda de apoyo social* (3) («Cuando tengo problemas suelo buscar a alguien a quien poder contárselos», «Cuando tengo dificultades le cuento a alguien como me siento»); el *afrontamiento directo* (4) («Manifiesto mi enfado a las personas responsables del problema», «Si un problema me atañe personalmente,

tomo decisiones comprometidas»), y la *evitación* (4) («Ante un problema intento olvidarme de todo», «Ante situaciones problemáticas, sigo adelante como si no hubiera pasado nada»).

Finalmente, se evalúa los consecuentes mediante las siguientes dimensiones: las *consecuencias psicológicas* (23) («Me noto nervioso/a y a punto de explotar constantemente», «Me he sentido poco feliz o deprimido/a»); las *consecuencias organizacionales* (13) («No me ilusiona el trabajo tanto como antes», «He tenido deseos de abandonar la profesión»); las *consecuencias socio-familiares* (5) («Mi trabajo hace que mi actividad social sea menor», «Mi profesión está afectando negativamente mis relaciones fuera del trabajo»), y las *consecuencias físicas* (10) («He padecido frecuentes mareos», «He padecido frecuentes dolores de cabeza»).

El CDPE puede ser conceptualizado como un instrumento flexible de evaluación, de forma que es posible utilizar todas las escalas para obtener una visión amplia del proceso de desgaste, o bien seleccionar las relativas a aquellos aspectos que se consideren útiles de acuerdo con los objetivos de la evaluación. Con el fin de facilitar el uso de cada uno de los bloques que componen el cuestionario la tabla 1 especifica el intervalo de ítems que integran cada uno.

Los 174 ítems que integran el cuestionario se responden mediante una escala de tipo Likert, con un rango de 1 a 4, donde 1 es *totalmente en desacuerdo* y 4 *totalmente de acuerdo*. Además, el instrumento permite recoger información sobre determinadas variables de carácter sociodemográfico y profesional (sexo, edad, relaciones personales, número de hijos, estudios realizados, años de experiencia, años de experiencia en el mismo puesto, situación laboral, centro en el que trabaja, tiempo que lleva en el mismo centro, turno, servicio/área, sección, número de pacientes que se atiende al día, función de supervisión, número de horas que trabaja semanalmente y porcentaje de la jornada que pasa en interacción con los pacientes).

Procedimiento

El procedimiento seguido en la elaboración del cuestionario responde a los pasos propuestos por algunos teóricos de elaboración de cuestionarios⁴⁴⁻⁴⁷, que formulan tres pasos: la elaboración discriminativa por expertos, la comprobación de la consistencia de contenido de las escalas y la verificación por criterios convergentes o externos de los resultados. En la presente publicación se incluyen las dos primeras.

Siguiendo estos criterios, para construir el CDPE se procedió inicialmente a realizar entrevistas semiestructuradas a 24 profesionales de enfermería representantes de los diversos estamentos y áreas de la práctica profesional. Previamente se había recogido información teórica acerca de los factores de estrés y desgaste profesional más habituales recogidos en la literatura e incluidos en otros instrumentos de medida. La organización de ta-

Tabla 1. Intervalo de ítems que integran cada bloque del CDPE

Bloque	Intervalo
Antecedentes	1-62
Desgaste profesional	63-91
Personalidad resistente	92-112
Afrontamiento	113-123
Consecuentes	124-174

les materiales sirvió como guía para la entrevista semiestructurada.

El procedimiento seguido en la entrevista consistía en preguntar de forma abierta, cuáles eran los factores de desgaste y tensión más relevantes en la profesión de enfermería. En una segunda fase de la entrevista se solicitaba a los entrevistados que dieran ejemplos concretos de situaciones referidas a los factores mencionados. En el caso de que no se hubieran referido a alguno de los temas habituales se les preguntaba por la posible importancia que a su parecer podían tener. Posteriormente, se procedió a realizar dos grupos de discusión a fin de reelaborar el material y de aproximar algunos resultados discordantes resultantes de las entrevistas. Objeto de la discusión de grupo era delimitar los factores relevantes del desgaste y la tensión profesional y algunos ejemplos de ellos propuestos.

El cuestionario resultante fue aplicado a una muestra piloto de 30 profesionales a fin de detectar posibles dificultades de respuesta a las preguntas. La versión definitiva, compuesta por 264 ítems, fue aplicada a cinco grandes hospitales de la ciudad de Madrid. En todos ellos se solicitó la colaboración de la gerencia o de la dirección de enfermería. En todos los casos se solicitaba una muestra representativa de los diferentes estamentos y áreas profesionales de forma que pudiera recoger la organización propia de cada hospital. Delimitada la muestra por estamentos de cada hospital se procedía a entregar a los responsables respectivos de los centros un sobre con el cuestionario y una carta de presentación y de solicitud de colaboración. Los cuestionarios cumplimentados debían ser entregados en sobres cerrados en los lugares previamente acordados y comunicados.

Validación factorial del instrumento

Para determinar la estructura interna de los elementos que constituyen los bloques del CDPE (antecedentes, síndrome, consecuentes, personalidad resistente y estrategias de afrontamiento), se ha procedido a realizar un análisis factorial de cada una de estas partes. Tomando el universo de ítems de cada dominio por separado, se ha llevado a cabo un análisis factorial por el método de ejes principales y utilizando una rotación oblicua (oblimín directo) con el programa estadístico SPSS 7.5. Se utilizó como criterio de inclusión una saturación de los ítems en los factores obtenidos superior al 0,40.

RESULTADOS

Partiendo de los 115 ítems iniciales que se reunieron para el bloque de antecedentes, se llegó a una solución final de siete factores que explicaban el 46,20% de la variancia. A estos factores se les denominó, según su orden de aparición, como sigue: interacción conflictiva (19,13% de variancia explicada), sobrecarga (7,39% de variancia explicada), contacto con la muerte y el dolor (5,78% de variancia explicada), ambigüedad de rol (4,19% de variancia explicada), monotonía de la tarea (3,56% de variancia explicada), falta de cohesión (3,34% de variancia explicada) y supervisión (2,81% de variancia explicada). El número de ítems que finalmente componen este bloque queda reducido a 62.

Los 32 ítems reunidos inicialmente para el bloque de desgaste profesional dieron lugar a una solución final de 3 factores que explicaban un 41,24% de la variancia y a los que se denominó agotamiento emocional (31,61% de variancia explicada), despersonalización (6,69% de variancia explicada) y falta de realización personal (2,94% de variancia explicada), siguiendo el modelo propuesto por Maslach y Jackson^{7,23}. El número de ítems que componen este bloque quedó reducido a 29.

Partiendo de los 37 ítems iniciales relacionados con la personalidad persistente, se llegó a una solución final de tres factores que alcanzaban a explicar el 46,59% de la

variancia, denominándoseles compromiso (27,46% de variancia explicada), reto (11,06% de variancia explicada) y control (8,07% de variancia explicada), de acuerdo con el constructo propuesto por Kobasa³⁹. El bloque queda finalmente integrado por 21 ítems.

Los 15 ítems reunidos para el bloque de afrontamiento dieron lugar a una solución final de 3 factores que explicaban el 38,96% de variancia y que fueron denominados como búsqueda de apoyo social (20,35% de variancia explicada), afrontamiento directo (10,66% de variancia explicada) y evitación (7,95% de variancia explicada). El número de ítems queda reducido, en este caso, a 11.

A partir de un universo de 65 ítems relacionados con los consecuentes se extrajo una solución final de 4 factores que explicaban un 44,73% de la variancia. Se les denominó: consecuencias psicológicas (31,26% de variancia explicada), consecuencias organizacionales (7,22% de variancia explicada), consecuencias socio-familiares (3,52% de variancia explicada) y consecuencias físicas (2,73% de variancia explicada). Finalmente este bloque quedó integrado por 51 ítems.

En la tabla 2 se presenta de forma resumida la información referente a las soluciones factoriales obtenidas para cada bloque del cuestionario.

Con el fin de determinar la interdependencia estructural entre todas las escalas del cuestionario y analizar su

Tabla 2. Porcentaje de variancia explicada por los factores extraídos para cada bloque del CDPE

Factores		Porcentaje de la variancia	Porcentaje acumulado
Antecedentes			
Factor I	Interacción conflictiva	19,13	19,13
Factor II	Sobrecarga	7,39	26,52
Factor III	Contacto con la muerte y el dolor	5,78	32,30
Factor IV	Ambigüedad de rol	4,19	36,49
Factor V	Monotonía de la tarea	3,56	40,05
Factor VI	Falta de cohesión	3,34	43,39
Factor VII	Supervisión	2,81	46,20
Desgaste profesional			
Factor I	Agotamiento emocional	31,61	31,61
Factor II	Despersonalización	6,69	38,30
Factor III	Falta de realización personal	2,94	41,24
Personalidad resistente			
Factor I	Compromiso	27,46	27,46
Factor II	Reto	11,06	38,52
Factor III	Control	8,07	46,59
Estrategias de afrontamiento			
Factor I	Búsqueda de apoyo social	20,35	20,35
Factor II	Afrontamiento directo	10,66	31,01
Factor III	Evitación	7,95	38,96
Consecuentes			
Factor I	Consecuencias psicológicas	31,26	31,26
Factor II	Consecuencias organizacionales	7,22	38,48
Factor III	Consecuencias socio-familiares	3,52	42,00
Factor IV	Consecuencias físicas	2,73	44,73

Tabla 3. Cuadro de correlaciones entre las escalas que integran el CDPE ($p < 0,05$)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1. Int. conflictiva	1,00																						
2. Sobrecarga	0,48*	1,00																					
3. Contacto muerte de rol	0,19*	0,17*	1,00																				
4. Ambigüedad de rol	0,39*	0,37*	—	1,00																			
5. Monotonía de la tarea	0,34*	0,20*	—	0,24*	1,00																		
6. Falta de cohesión	0,20*	—	—	0,35*	0,23*	1,00																	
7. Supervisión	0,51*	0,33*	0,11	0,52*	0,39*	0,34*	1,00																
8. Desgaste profesional	0,52*	0,38*	—	0,30*	0,53*	0,31*	0,42*	1,00															
9. Agotamiento emocional	0,48*	0,48*	0,10	0,34*	0,55*	0,29*	0,40*	0,89*	1,00														
10. Despersonalización	0,36*	0,17*	-0,19*	0,30*	0,40*	0,22*	0,24*	0,80*	0,57*	1,00													
11. Falta de realización	0,50*	0,30*	—	0,31*	0,41*	0,29*	0,42*	0,90*	0,72*	0,60*	1,00												
12. Personalidad resistente	-0,26*	—	—	-0,24*	-0,37*	-0,28*	-0,30*	-0,56*	-0,47*	-0,49*	-0,49*	1,00											
13. Compromiso	-0,26*	—	0,10	-0,25*	-0,34*	-0,20*	-0,32*	-0,45*	-0,38*	-0,40*	-0,40*	0,82*	1,00										
14. Reto	—	—	0,12	—	-0,11	-0,13	—	-0,19*	-0,16*	-0,21*	-0,13*	0,73*	0,46*	1,00									
15. Control	-0,35*	-0,13	—	-0,29*	-0,40	-0,31	-0,35*	-0,63*	-0,53*	-0,52*	-0,59*	0,74*	0,43*	0,26*	1,00								
16. Búsqueda de apoyo social	—	—	0,22*	-0,11	—	-0,16*	—	—	—	—	—	0,18*	0,17*	0,13*	0,12	1,00							
17. Afrontamiento directo	—	0,13*	0,10	0,15*	—	—	0,11	—	—	—	—	0,30*	0,23*	0,34*	0,13	0,29*	1,00						
18. Evitación	—	—	-0,27*	—	—	—	—	0,12	—	0,20*	0,12	—	—	—	-0,12	-0,15*	—	1,00					
19. Cons. psicológicas	0,32*	0,36*	0,19*	0,27*	0,31*	0,16*	0,29*	0,54*	0,63*	0,27*	0,47*	-0,28*	-0,26*	—	-0,33*	—	—	-0,12*	1,00				
20. Cons. organizacionales	0,40*	0,29*	—	0,30*	0,66*	0,30*	0,47*	0,72*	0,76*	0,50*	0,60*	-0,53*	-0,47*	-0,19*	-0,55*	—	—	—	0,51*	1,00			
21. Cons. socio-familiares	0,29*	0,36*	0,15*	0,22*	0,25*	0,17*	0,19*	0,48*	0,54*	0,29*	0,39*	-0,32*	-0,22*	-0,11	-0,39*	—	—	—	0,52*	0,45*	1,00		
22. Cons. físicas	0,20*	0,30*	0,19*	0,28*	0,20*	0,15*	0,26*	0,36*	0,47*	0,12	0,30*	-0,17*	-0,13	—	-0,22	—	—	—	0,70*	0,39*	0,45*	1,00	

* Aparecen los coeficientes de correlación de Pearson significativos para $p < 0,05$ y para $p < 0,01$.

Tabla 4. Valores del test de alfa de Cronbach (α) de las escalas del CDPE

Escalas	N.º ítems	α
Interacción conflictiva	12	0,86
Sobrecarga	15	0,89
Contacto con la muerte y el dolor	8	0,82
Ambigüedad de rol	6	0,79
Monotonía de la tarea	4	0,82
Falta de cohesión	6	0,71
Supervisión	11	0,86
Desgaste profesional	29	0,92
Agotamiento emocional	12	0,89
Despersonalización	12	0,83
Falta de realización personal	5	0,80
Personalidad resistente	21	0,86
Compromiso	8	0,81
Reto	7	0,81
Control	6	0,75
Búsqueda de apoyo social	3	0,77
Afrontamiento directo	4	0,67
Evitación	4	0,57
Consecuencias psicológicas	23	0,94
Consecuencias organizacionales	13	0,90
Consecuencias socio-familiares	5	0,83
Consecuencias físicas	10	0,85

correspondencia con el modelo teórico propuesto, se ha calculado la relación entre las variables que constituyen el CDPE a través del coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados se presentan en la tabla 3.

Para evaluar la fiabilidad de las escalas del cuestionario se ha realizado un análisis de consistencia interna a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. En la tabla 4 se presentan los valores alfa (α) junto con el número de ítems que componen cada escala.

Análisis descriptivo de las variables

Finalmente, en la tabla 5, se presenta la información relativa al análisis descriptivo que se ha efectuado sobre las puntuaciones obtenidas por la muestra en las escalas del cuestionario.

DISCUSIÓN

La estructura interna de los bloques que integran el cuestionario CDPE, estudiada mediante el uso del análisis factorial, constituye un elemento de apoyo a la validez de constructo del instrumento. Los factores extraídos se ajustan al marco teórico de partida, a la vez que explican un elevado porcentaje de la variancia de cada bloque, si se tiene en cuenta que el método de extracción utilizado (ejes principales) sólo tiene en cuenta

Tabla 5. Descriptivos básicos de la muestra en las escalas del CDPE

Escalas	Medida	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Interacción conflictiva	2,76	0,49	1,17	4,00
Sobrecarga	2,78	0,49	1,53	4,00
Contacto con la muerte y el dolor	3,22	0,44	2,00	4,00
Ambigüedad de rol	2,50	0,49	1,00	4,00
Monotonía de la tarea	2,52	0,63	1,00	4,00
Falta de cohesión	2,10	0,49	1,00	3,83
Supervisión	2,63	0,53	1,00	4,00
Desgaste profesional	2,20	0,43	1,00	4,00
Agotamiento emocional	2,46	0,54	1,00	4,00
Despersonalización	2,09	0,41	1,00	4,00
Falta de realización	2,06	0,54	1,00	4,00
Personalidad resistente	2,94	0,33	1,66	3,96
Compromiso	2,83	0,43	1,25	4,00
Reto	3,05	0,41	1,29	4,00
Control	2,95	0,44	1,00	4,00
Afrontamiento				
Búsqueda de apoyo social	3,01	0,46	1,00	4,00
Afrontamiento directo	2,98	0,39	1,00	4,00
Evitación	2,15	0,41	1,00	4,00
Consecuencias psicológicas	1,65	0,49	1,00	3,48
Consecuencias organizacionales	2,40	0,65	1,00	4,00
Consecuencias socio-familiares	2,25	0,64	1,00	4,00
Consecuencias físicas	1,69	0,52	1,00	3,70

la variancia común⁴⁸. No obstante, se aprecia cierta debilidad en el bloque constituido por las estrategias de afrontamiento, donde no se llega a explicar más que el 40% de la variancia.

Los factores extraídos dan lugar a una serie de escalas que, en conjunto, delimitan un cuestionario de características semejantes a otros ya existentes para constructos análogos como el OSI²⁶ y el OSQ²⁷. Las relaciones entre las escalas del instrumento confirman la estructura teórica planteada, apreciándose una correlación positiva entre los antecedentes y el síndrome de desgaste profesional, así como entre éstos y las consecuencias a nivel individual y organizacional. Igualmente, las escalas de personalidad resistente mantienen las relaciones previstas teóricamente, mostrando correlaciones negativas con los antecedentes, el síndrome y sus consecuentes, positivas con las escalas que miden búsqueda de apoyo social y afrontamiento directo, y negativas con la escala de evitación. Las estrategias de afrontamiento son las que parecen evidenciar el patrón de relaciones más heterogéneo con las diversas escalas del CDPE. Los resultados encontrados confirman la idea de que no parece conveniente distinguir entre estrategias de afrontamiento intrínsecamente adecuadas o inadecuadas para afrontar las situaciones estresantes, siendo preferible hacer referencia al «coping» como un proceso altamente contextual en el que desempeñan un papel importante las características del individuo, así como la interacción entre el sujeto y la situación⁴⁹. En diversos estudios se ha señalado una menor efectividad del afrontamiento individual sobre el estrés laboral, debido probablemente a la multicausalidad de éste y a la menor capacidad de la persona para actuar sobre los orígenes del problema^{50, 51}.

Son igualmente significativas las relaciones que se establecen entre las escalas que configuran cada una de las partes fundamentales del cuestionario, destacando la homogeneidad de las asociaciones entre las dimensiones de desgaste profesional. Respecto a la medida de personalidad resistente, el componente de reto muestra una mayor relación con las otras dos dimensiones, lo que favorece una medida global de personalidad resistente, un aspecto discutido en otros instrumentos como el *Personal View Survey* (PVS)³⁹ donde este componente mostraba una cierta independencia con los otros elementos del constructo⁵².

Los resultados del análisis de consistencia interna del CDPE demuestran valores alfa elevados que oscilan entre el 0,57 de la escala de evitación y el 0,94 de la escala de consecuencias de psicológicas, situándose la mayoría por encima del 0,80. Las escalas que evalúan las estrategias de afrontamiento son las que muestran la mayor debilidad, en esta ocasión respecto a la consistencia interna (específicamente la escala de evitación), lo que podría justificarse atendiendo al menor número de ítems que las componen.

Una visión más pormenorizada permite subrayar los altos índices de consistencia que se reflejan tanto en las escalas como en las medidas globales de Desgaste profesional ($\alpha = 0,92$) y de personalidad resistente ($= 0,86$). Estos hallazgos resultan relevantes en comparación con los

arrojados por otros instrumentos de uso habitual, mostrando una mayor fiabilidad en la medida del constructo. Actualmente, la medida de la personalidad resistente establecida a través del PVS³⁹ parece resentirse en cuanto a la consistencia interna de sus escalas, fundamentalmente en lo que atañe al componente de reto⁵³. Por lo tanto, la evaluación del constructo que se ofrece a través de este cuestionario podría ser utilizada de manera alternativa, ya que parece aportar índices de fiabilidad más elevados y una relación más estrecha entre las escalas, lo que se acerca más al concepto teórico de personalidad resistente formado por la relación entre las tres dimensiones³⁹.

Finalmente, es imprescindible señalar que, a pesar de haberse obtenido resultados iniciales a favor de la validez de constructo, estos datos constituyen el principio de un trabajo que reúna la información necesaria para confirmar la validez inicial del instrumento⁵⁴. De igual forma, la medida de la fiabilidad debería ser completada por el cálculo de coeficientes que midan aspectos distintos de la misma, como el *test-retest*. Entendiendo estos aspectos como objeto de un trabajo futuro, el CDPE aparece inicialmente como un instrumento que muestra datos favorables respecto a su fiabilidad y validez para la evaluación de los elementos específicos del proceso presentes en el desgaste profesional del personal de enfermería. Como tal, puede ayudar a incrementar la información necesaria para una comprensión mejor de este síndrome en el campo laboral de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiken LH, Sloane DM. Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations* 1997; 24: 453-77.
2. Constable JF, Russell DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress* 1986; 12: 20-6.
3. Graham J. Stress in psychiatric nursing. En: Payne R, Firth-Cozens J, eds. *Stress in health professionals*. Chichester, UK: Wiley; 1987: 189-210.
4. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía J. ed. *Estrés, trabajo y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva (en prensa).
5. Maslach C. Job burnout: How people cope. *Public Welfare* 1978; 36: 56-8.
6. Hinsaw AS, Atwood JR. Nursing staff turnover, stress and satisfaction: Model, measures, and management. *Annual Review of Nursing Research* 1984; 1: 133-53.
7. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1981.
8. Guppy A, Gutteridge T. Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nursing staff. *Work and Stress* 1991; 5: 315-23.
9. Hipwell AE, Tyler PA, Wilson CM. Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology* 1989; 62: 71-9.
10. Ogus ED. Burnout and coping strategies: a comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behavior and Personality* 1992; 7: 111-24.

11. Orpen C. The effect of work stress on employee physical and psychological well-being: A study of Australian nurses. *Psychology, A Journal of Human Behavior* 1990; 27: 48-51.
12. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses. *Military Medicine* 1997; 162: 707-10.
13. Proser D, Johnson S, Kuipers E, Szemukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 43: 51-9.
14. Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Social Science and Medicine* 1997; 45: 1781-8.
15. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
16. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS, ed. *Job stress and burnout*. Beverly Hills, California: Sage; 1982. p. 29-40.
17. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P, Grau R. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis* 1996; 17: 190-5.
18. Landsbergis PA. Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior* 1988; 9: 217-39.
19. Chiriboga DA, Bailey J. Stress and burnout among critical care and medical-surgical nurses: a comparative study. *Critical Care Quarterly* 1986; 9: 84-92.
20. Easterburg MC, Williamson M, Gorsuch R, Ridley C. Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology* 1994; 24: 1233-50.
21. Gray-Toft PA, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science & Medicine* 1981; 15: 639-47.
22. Harris P, Hingley P, Cooper CL. *The Nurse Stress Index*. Harrogate: RAD; 1988.
23. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory 2ª ed.* Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1986.
24. Jones JW. *The Staff Burnout Scale: A validity study*. Trabajo presentado en el «52nd Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association», St. Louis. Park Ridge, Illinois: London House; 1990.
25. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1997; 13: 185-207.
26. Cooper CL, Sloan SJ, William SS. *The Occupational Stress Indicator*. Windsor: NFER Nelson; 1988.
27. French JRP Jr, Kahn RL. A programatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues* 1962; 18: 1-47.
28. Winnubst JAM, de Jong MP, Schabracq MJ. The diagnosis of role strains at work: The dutch version of the Organizational Stress Questionnaire. En: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, eds. *Handbook of Work and Health Psychology*. New York: Wiley; 1996.
29. Cooper CL. Job distress. Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society* 1986; 39: 325-31.
30. Maslach Ch, Leiter MP. *The truth about burnout*. San Francisco: Josey Bass Publishers; 1997.
31. Byrne BM. Burnout: Testing for the validity, replication and invariance of causal structure across elementary, intermediate and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 1994; 31: 645-76.
32. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. A causal model of burnout process development: An alternative to Golewieski and Leiter models. *Seven European Congress of Work and Organizational Psychology*, Győr (Hungría); 1995.
33. Harrison RV. Person-Environment fit and job stress. En: CL. Cooper, Payne R, eds. *Stress at work*. New York: Wiley; 1978.
34. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 31: 1-11.
35. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54: 466-75.
36. Lazarus RS. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill; 1966.
37. Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior* 1981; 22: 368-78.
38. Shephard JA, Kashani JH. The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescent. *Journal of Personality* 1991; 59: 747-68.
39. Kobasa SC. The hardy personality: toward a social psychology of stress and Health. En: Sanders GS, Sals J, eds. *Social psychological of health and illness* Hillsdales, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1982. p. 3-32.
40. Lazarus R. *Stress and Emotions. A new synthesis*. London: Free Association Books; 1999.
41. Burke RJ, Shearer J, Deszca G. Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human resources Administration* 1984; 7: 162-88.
42. Fimian MJ. Organizational variables related to stress and burnout in community based programs. *Education and training of the mentally retarded* 1984; 19: 201-9.
43. Burke RJ, Greenglass ER. Work, stress role conflict, social support, and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports* 1993; 73: 371-880.
44. Loevinger J. Objective test as instruments of psychological theory. *Psychological Reports* 1957; 3: 635-94.
45. Jackson A. Sequential system for personality scale development. En: Spielberger CD, ed. *Currents Topics in clinical and community psychology* (vol. 2). New York: Academic; 1970. p. 61-92.
46. Skinner HA. Construct validation approach to psychiatric classification. En: Millon T, Klerman GL, eds. *Contemporary directions in psychopathology: towards de DSM-IV*. New York: Guilford; 1986. p. 307-30.
47. Millon Th, Davis RD. The MCMI-II: Present and future directions. *Journal of Personality Assessment* 1997; 68: 69-85.
48. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall; 1999.
49. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* 1993; 44: 1-21.
50. Moreno-Jiménez B, Peñacoba C. Prevención y control del estrés laboral. *Ansiedad y Estrés* 1995; 1: 255-64.

51. Pearlin LL, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 1978; 19: 2-21.
52. Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The role of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 68: 687-95.
53. Peñacoba C, Moreno-Jiménez B. El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología* 1998; 58: 61-96.
54. Cronbach LJ, Meehl, PE. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin* 1955; 52: 281-302.