

psicología

The UB Journal of Psychology

Volumen 44
Número 1
Abril 2014

facultad de psicología
universidad de barcelona

ps
icología

 HORSORI

EDITORIAL

ISSN: 0066-5126

ISSN: 1988-5253

Efectos de un programa de formación para profesionales de residencias

Miguel Ángel Serrano
Universitat de València
Juan Payá
Instituto Murciano de Acción Social

La formación continua se ha propuesto como uno de los recursos organizacionales más importantes para reducir el impacto negativo de la carga laboral en los trabajadores. El objetivo de este estudio es analizar el efecto de un programa de formación continua y la salud y los factores psicosociales de trabajadores de atención directa en residencias para personas con discapacidad. 100 sujetos que recibieron cursos de prevención de riesgos psicosociales, contestaron a una batería de cuestionarios sobre salud psicológica y biológica, sobre factores de riesgo psicosocial, como estrés y burnout y de autoeficacia. Los resultados muestran que no hay diferencias en función del programa de formación evaluado. Los resultados se discuten en relación a la necesidad de un mayor rigor de este tipo de formación para conseguir una intervención efectiva en la reducción del estrés o el burnout.

Palabras clave: formación, salud, factores psicosociales, trabajadores, residencias.

Effects of a training program for residence workers

Continuing training has been proposed as one of the most important organizational resources to reduce the negative impact of the workload on workers. The main objective of this study is to test the effect of continuous training and the psychosocial health levels in workers who look after people with disabilities in residences. 100 participants that received psychosocial prevention risks training courses were recruited in this study. Participants filled up questionnaires referred to psychobiological health, psychosocial risk factors, as job strain and burnout, and a self-efficacy measure. Results show

that there were no differences depending on the training program. Results are discussed suggesting the need to improve the design of continuous training programs in order to reduce stress and burnout.

Keywords: Formation, health, psychosocial factors, workers, residences.

Introducción

El personal que trabaja en residencias de personas con discapacidad se encuentra en un alto riesgo de estrés (en comparación del resto trabajadores de servicios sociales (Gandoy-Crego, Clemente, Mayan-Santos y Espinosa, 2009) y de *burnout* (Westermann, Kozak, Harlin y Nienhaus, 2014). En este tipo de residencias las condiciones laborales vienen marcadas por el trabajo a turnos y nocturno, un ritmo de trabajo marcado por los usuarios, además del trabajo físico que supone la movilización de las personas, haciendo que sea un trabajo estresante y que tenga potenciales consecuencias para la salud biopsicosocial, además de afectar a la satisfacción laboral. Diversos autores han indicado que trabajar con personas con discapacidad es una actividad con un alto nivel potencial de estrés ocupacional (Rose y Rose, 2005). El modelo de tensión laboral de Karasek es el que principalmente ha servido de base a los estudios que han establecido la relación entre estrés ocupacional crónico y las enfermedades físicas y las patologías de carácter psicológico o psiquiátrico, como es el *burnout* (Serrano, Moya-Albiol y Salvador, 2009). El *burnout* (estar quemado) es un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal que puede ocurrir en trabajadores que trabajan con otras personas (Maslach, 1993). El síndrome de *burnout* combina variables de carácter psicosocial y organizacional que afectan al trabajador a nivel personal, social y laboral, traduciéndose en un deterioro en la comunicación y de las relaciones interpersonales con los pacientes, un descenso en el rendimiento y el sentimiento de eficacia profesional (Hidalgo, 2005) y en la salud individual (Von Känel, 2008). Por tanto, los trabajadores que trabajan en atención directa en residencias están expuestos a estas posibles consecuencias negativas, concretamente a una elevada demanda emocional (Rodríguez, Llorens y Salanova, 2006), por lo que un planteamiento preventivo se hace necesario.

Ante esta situación, los investigadores y profesionales están buscando soluciones con el fin de evitar los efectos negativos del estrés. Recientemente, se ha confirmado la necesidad de realizar estudios de intervención en enfermeras en residencias geriátricas (Westermann *et al.*, 2014). En este sentido, Le Blanc, de Jorge y Schaufeli (2008) clasifican las intervenciones para prevenir el estrés laboral en función de su orientación; en primer lugar tendríamos las intervenciones dirigidas a la organización que buscan producir cambios en las demandas del trabajo para reducir su impacto en los trabajadores. Posteriormente tendríamos las orientadas a la relación entre el individuo y la organización que tratan de mejorar la resistencia de los empleados frente a determinados estresores haciéndolos menos

vulnerables. Por último tendríamos las intervenciones dirigidas al individuo; se enseña al empleado a afrontar el estrés en general de tal forma que se mitigan los efectos negativos que tienen sobre él los estresores. La formación continua, considerada como la actualización de conocimientos una vez se finaliza la formación laboral básica, está orientada a la relación entre el individuo y la organización para reducir el impacto del *burnout* (Salanova y Llorens, 2008). Gil-Monte (2005a) destaca que es importante facilitar a los trabajadores las habilidades y destrezas necesarias para el desarrollo de su actividad para la prevención y control del estrés y *burnout*. Sin embargo, no hay evidencia firme de que las intervenciones en la organización sean adecuadas para prevenir el estrés laboral en profesionales de la salud (Ruotsalainen, Serra, Marine y Verbeek, 2008). Sin embargo, algunos trabajos han encontrado que las intervenciones en la organización tienen un efecto de reducción del *burnout*, aunque no se pudo confirmar efectos duraderos o evidentes (Awa, Plaumann y Walter, 2009; Westermann *et al.*, 2014). Así, por ejemplo, Rodríguez *et al.* (2006) consiguieron beneficios en el estado emocional de enfermeras tras impartir un programa de inteligencia emocional. Por otro lado, hay trabajos donde la intervención en la organización ha llegado incluso a resultar contraproducente o contraria a lo esperado (Margalit, Glick, Benbassat, Cohen y Kats, 2005). A pesar de la disparidad de resultados, se ha indicado que el agotamiento emocional puede reducirse entrenando a los profesionales a usar ciertas habilidades de afrontamiento como técnicas de relajación y reestructuración cognitiva (Lorente, Salanova y Martínez, 2007). No obstante, es necesaria más investigación sobre los programas reales de formación que se están realizando.

La formación, como intervención para prevenir el estrés y la adaptación a la carga de trabajo relacionada con los factores de riesgo psicosocial (factores que incrementan el riesgo de enfermedad), debe ir encaminada a mejorar la eficacia de los trabajadores, así como su sentimiento de autoeficacia. Desde la Teoría Social Cognitiva se define la autoeficacia como “el conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones requeridas, que producirán determinados logros o resultados” (Bandura, 1997, p. 3). Según Salanova, Grau y Martínez (2005) el nivel de autoeficacia influye sobre la forma de percibir y procesar las demandas o amenazas del entorno de tal forma que las personas con elevada autoeficacia poseen confianza en sus habilidades para responder a condiciones o situaciones estresantes y, si creen que las pueden manejar, son menos perturbadoras para ellas. Pero si creen que no los pueden controlar, estos sucesos les angustian e incapacitan su nivel de funcionamiento. Los individuos con altos niveles de autoeficacia tienden a utilizar conductas de afrontamiento centradas en el problema y actuar sobre los estresores (Salanova *et al.*, 2005) previniendo la aparición del *burnout* (Gil-Monte, García y Caro, 2008). El papel modulador de la autoeficacia se ha encontrado significativo en el estudio del estrés laboral tanto a nivel general (Jex y Bleise, 1999; Vera, Salanova y Lorente, 2012), como para profesionales de enfermería (Van Yperen, 1998). Además, recientemente se ha

indicado que los niveles de autoeficacia están modulados por la formación y las habilidades previas (Ineson, Jung, Hains y Kim, 2013).

Por tanto consideramos necesario valorar y conocer el impacto de las acciones de formación continua sobre la salud de los trabajadores así como en la percepción de los riesgos psicosociales y comprobar si son una intervención eficaz para paliar las consecuencias de la carga laboral. Por ello, nuestro objetivo es corroborar si los cursos de formación que se ofertan actualmente afectan a los factores de riesgo psicosocial (estrés laboral, el *burnout*, la satisfacción o la autoeficacia) y de salud percibidos. Se espera que los trabajadores con mayor nivel de formación tengan mejores puntuaciones en los indicadores de salud y menor tensión laboral y *burnout*, así como un mayor sentimiento de autoeficacia.

Material y métodos

Participantes

112 sujetos de 7 residencias participaron en este estudio. En dichas residencias se atiende de forma integral a discapacitados con trastorno mental asociado. De todos los sujetos, se excluyó a los que no tenían un puesto de atención directa a personas con discapacidad. La muestra finalmente fue de 100 sujetos (85% mujeres y 12% hombres). La edad media fue de 45,22 (*d.t.*=7,1) y llevaban una media de 12 (*d.t.*=8,7) años trabajando en el sector sociosanitario. El 43% vivía con su pareja, el 8% sin pareja y el 36% con sus padres, amigos o familiares. El 74% declaró haber realizado estudios básicos y el 21% estudios universitarios. Además, el 79% de los sujetos tenía turno de trabajo rotatorio incluyendo trabajo nocturno, el 17% turno de mañana y el 2% trabajaba de tarde. El 57% era personal fijo, el 36% interino y el 6% tenía contrato temporal.

La formación fue destinada a auxiliares de atención directa y consiste en tres cursos de 30 horas de duración cada uno que se corresponden con tres niveles. Los cursos se realizan de forma voluntaria por los trabajadores a un nivel por año. La estrategia metodológica de los cursos ha sido expositiva, utilizando técnicas como lecciones magistrales, preguntas exploratorias y análisis de buenas prácticas, siendo los profesores profesionales de reconocido prestigio externos (pertenecen al mundo académico, no a la organización). La evaluación de la formación se realizó a través de encuestas que recogían la reacción de los alumnos sobre su satisfacción y valoración del curso. Los objetivos y el programa de los cursos eran los siguientes:

– *Atención básica a enfermos mentales I*. Los objetivos principales eran dar conocimientos y conceptos básicos acerca de los enfermos mentales y personas con discapacidad psíquica, así como desarrollar las habilidades para la atención a

dichos enfermos e introducir el concepto de atención individualizada del usuario. El contenido era el siguiente: concepto, diagnóstico y causas del retraso mental, trastornos psiquiátricos y problemas de conducta asociados al retraso mental y casos prácticos.

– *Atención básica a enfermos mentales II*. Los objetivos eran el perfeccionamiento de los conocimientos y habilidades acerca de los enfermos mentales y personas con discapacidad psíquica. El contenido fue el siguiente: la enfermedad mental y los trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad; estrategias de tratamiento y rehabilitación; programas de desarrollo de la vida diaria, actitudes y valores ante el enfermo mental y las personas con discapacidad psíquica; casos prácticos.

– *Atención básica a enfermos mentales III*. Los objetivos fueron la profundización en los conocimientos y habilidades acerca de los enfermos mentales y personas con discapacidad psíquica. El contenido fue el siguiente: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastornos del estado de ánimo; estrategias de tratamiento y rehabilitación; programas de desarrollo de la vida diaria; actitudes y valores ante el enfermo mental y las personas con discapacidad psíquica; casos prácticos.

Procedimiento

El diseño utilizado para esta investigación es transversal y la información se obtuvo mediante encuesta auto-informada. Una vez obtenido el permiso de la dirección garantizando la confidencialidad de los datos, se administraron cuestionarios al personal auxiliar de todos los turnos a través de sus coordinadores. La cumplimentación de los cuestionarios se realizó de forma individual, anónima, voluntaria y desinteresada, además se pudo realizar en horario laboral. El cuestionario disponía de un consentimiento informado, instrucciones sobre cómo completarlo e información sobre la confidencialidad del estudio.

Instrumentos

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 estimó mediante un cuestionario con escala de Likert de elaboración propia (pendiente de validación) 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.

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 y mide depresión y ansiedad (véase Cifre y Salanova, 2000 para indicadores de validez y fiabilidad).

El *burnout* fue evaluado a través del MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services 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, 2005b). Es un cuestionario auto-administrado constituido por 22 ítems, distribuidos en 3 escalas; “Realización personal en el trabajo” (8 ítems), “Agotamiento Emocional” (9 ítems) y “Despersonalización” (5 ítems). El alfa de Cronbach para el *burnout*, el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal es de ,85, ,89, ,84 y ,85, respectivamente.

La *autoeficacia* generalizada fue evaluada mediante la adaptación española de Grau, Salanova y Peiró (2000) del cuestionario de “autoeficacia generalizada” de Schwarzer (1998), haciéndolo específico a la autoeficacia en el ‘trabajo’. Alguno de los ítems de este cuestionario son: ‘Seré capaz de encontrar lo que quiero en mi trabajo aunque alguien se me oponga’. El cuestionario se contesta a través de una escala tipo Likert de 6 puntos desde “nunca/ninguna vez” a “todos los días” (véase Bassler y Schwarzer (1996) para indicadores de validez y fiabilidad).

La *tensión laboral* (Job Strain) fue evaluada mediante el cuestionario JCQ (Job Content Questionnaire) de Karasek y Theorell (1990), en la versión de Steptoe, Copley y Joeke (1999). 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. El alfa de Cronbach para la puntuación total de tensión laboral es de ,66, mientras que para las demandas y el control es ,80 y ,70, respectivamente.

La *satisfacción laboral* fue estimada mediante el Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 de Meliá y Peiró (1989). La satisfacción laboral es una respuesta afectiva o emocional positiva hacia el trabajo o hacia alguna faceta del mismo, se trata de un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona. Este cuestionario mediante 23 ítems se permite una medida global de satisfacción y la descripción de cinco factores: Satisfacción con la Supervisión, Satisfacción con el Ambiente Físico, Satisfacción con las Prestaciones Recibidas, Satisfacción Intrínseca del Trabajo y Satisfacción con la Participación. El índice de fiabilidad es ,92.

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

Análisis del efecto de la formación

En este apartado se analiza si la formación continua de profesionales que están trabajando en residencias para personas con discapacidad afecta a los niveles de factores psicosociales y de salud percibidos, los datos completos se pueden consultar en las tabla 1 (ver página siguiente). En primer lugar se mostrarán los resultados respecto a las variables de salud y posteriormente los datos referentes a las variables psicosociales. En ambos casos se compararán, en primer lugar, los grupos en función de haber realizado algún tipo de formación en el desarrollo de conocimientos y habilidades para la atención a enfermos mentales y personas con discapacidad psíquica ($n=48$ para tiene formación y $n=45$ para no tiene formación); posteriormente se compararán los mismos indicadores en función de los distintos niveles de formación divididos en cuatro niveles que van desde no tener formación hasta el nivel 3, haber realizados los 3 cursos de formación ($n = 48$ para ninguno, $n = 26$ para nivel 1, $n = 19$ para nivel 2 y $n = 5$ para nivel 3).

Variables de salud

Cuando se comparó a los sujetos con formación y sin formación, se encontró que había diferencias entre grupos, únicamente, en la variable frecuencia de Dolor de Cabeza ($t(96) = -1,97, p = ,05$) una diferencia destacable del tal forma que los sujetos que no tienen formación manifiestan una mayor frecuencia.

Cuando se compararon los diferentes niveles de formación, los resultados mostraron diferencias significativas en las variables Hipertensión ($F(3, 94) = 2,91, p = ,04$) e Hipotensión ($F(3, 94) = 3,62, p = ,02$). En el primer caso las diferencias significativas se encuentran entre el grupo sin formación y el grupo de nivel 2 de formación donde es más frecuente. En el caso de la variable Hipotensión las diferencias se encuentran entre el grupo de formación máxima (nivel 3) y los grupos de formación inferiores (1, $p = ,04$ y 2, $p = ,04$) donde es menos frecuente.

TABLA 1. MEDIA ($\pm D. T.$) DE LAS PUNTUACIONES EN LAS VARIABLES DE SALUD Y PSICOSOCIALES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE FORMACIÓN

	<i>Ninguno</i> (<i>n</i> =45)	<i>Nivel 1</i> (<i>n</i> =26)	<i>Nivel 2</i> (<i>n</i> =19)	<i>Nivel 3</i> (<i>n</i> =5)
Problemas de corazón	1,09 (0,36)	1,08 (0,39)	1,00 (0,00)	1,20 (0,45)
Hipertensión	1,20 (0,69)	1,23 (0,65)	1,89 (1,52)	1,20 (0,45)
Hipotensión	1,51 (0,89)	1,23 (0,51)	1,21 (0,71)	2,40 (1,34)
Problemas respiratorios	1,40 (0,96)	1,19 (0,57)	1,15 (0,50)	2,00 (1,41)
Colesterol	1,44 (1,03)	1,27 (0,72)	2,11 (1,72)	2,00 (1,73)
Dolores de cabeza	2,49 (1,14)	2,00 (0,94)	1,95 (1,35)	2,40 (1,67)
Alergias	1,58 (1,16)	1,62 (1,02)	1,47 (0,96)	2,20 (1,10)
Constipados/gripes	1,62 (0,75)	1,65 (0,75)	1,58 (0,84)	1,40 (0,89)
Dolores de espalda	2,60 (1,16)	2,62 (1,44)	3,37 (1,38)	2,60 (1,67)
Dolores de cervicales	2,56 (1,31)	2,27 (1,43)	3,26 (1,48)	3,60 (1,67)
Dolores de piernas	2,27 (1,13)	2,04 (1,22)	2,37 (1,26)	2,40 (1,14)
Dolores de brazos	2,09 (1,26)	1,92 (1,44)	2,63 (1,46)	2,60 (1,52)
Problemas de estómago	2,09 (1,26)	1,92 (1,44)	2,63 (1,46)	2,60 (1,52)
Cansancio/Fatiga	2,11 (1,11)	2,15 (1,26)	2,58 (1,39)	2,00 (1,22)
Estrés/nervios	2,29 (1,22)	2,19 (1,20)	2,79 (1,47)	2,00 (1,41)
GHQ-TOT	1,01 (0,52)	0,89 (0,46)	0,96 (0,31)	0,82 (0,29)
GHQ-DEP	0,91 (0,56)	0,77 (0,43)	0,86 (0,29)	0,74 (0,23)
GHQ-ANS	1,23 (0,57)	1,14 (0,58)	1,22 (0,46)	1,02 (0,48)
MBI-AGOT	1,57 (1,23)	1,27 (0,98)	2,09 (0,98)	1,44 (1,36)
MBI-REALIZ	4,36 (1,02)	4,25 (0,69)	4,01 (0,99)	4,44 (0,90)
MBI-DESPERS	0,85 (0,95)	0,75 (0,78)	0,96 (0,70)	0,36 (0,43)
AUTOEF-GENER	4,47 (0,96)	4,53 (0,75)	4,22 (0,99)	4,68 (0,83)
SL-SUPERV	5,04 (1,47)	4,88 (1,49)	4,41 (1,60)	3,67 (0,95)
SL-AMBIENTE	5,23 (1,61)	4,85 (1,30)	4,01 (1,64)	5,60 (1,74)
SL-PRESTACION	4,09 (1,41)	4,41 (1,23)	3,71 (1,42)	3,48 (1,36)
SL-INTRINSECA	5,00 (1,27)	5,37 (0,90)	4,82 (0,93)	4,35 (1,71)
SL-PARTICIP	4,16 (1,67)	4,08 (1,60)	3,69 (1,79)	3,73 (0,60)
K-DEMAND	2,84 (0,56)	2,73 (0,52)	3,03 (0,58)	2,93 (0,37)
K-CONTROL	2,94 (0,77)	3,08 (0,60)	2,98 (0,50)	2,66 (0,85)
K-HABILIDAD	2,91 (0,59)	2,90 (0,49)	2,66 (0,41)	2,65 (0,60)
K-APOYOSOC	3,08 (0,44)	3,18 (0,58)	2,93 (0,56)	3,08 (0,36)

En el análisis de los datos también se ha encontrado diferencias en otras variables como Colesterol ($F(3, 94) = 2,27, p = ,08$) y Dolores de Cervicales ($F(3, 94) = 2,70, p = ,05$), aunque en estos casos, las pruebas post hoc no indicaron diferencias entre los grupos.

Variables psicosociales

En lo referente a *factores psicosociales* el análisis mostró diferencia cercana a la significación en el factor de Satisfacción con el Ambiente Físico ($t(93)=-1,95$, $p=,05$) de tal forma que los sujetos que no tienen formación se manifiestan más satisfechos.

Cuando se compararon los diferentes niveles de formación los análisis volvieron a mostrar únicamente diferencias significativas en el factor de Satisfacción con el Ambiente Físico ($F(3, 97) = 3,16$, $p = ,03$). Las diferencias se encuentran entre los sujetos sin formación y los que tienen un nivel de formación medio (nivel 2) ($p = ,04$) que se manifestaron menos satisfechos.

Discusión

Una vez analizados los resultados se observa que los sujetos que han seguido los programas de intervención para el desarrollo de conocimientos y habilidades para la atención a enfermos mentales y personas con discapacidad psíquica, no obtienen en general mejores puntuaciones en salud psicosocial respecto a los sujetos que no han recibido tal formación. La única diferencia significativa encontrada en los factores psicosociales por el hecho de tener formación o el nivel alcanzado en el itinerario formativo ha sido la dimensión de Satisfacción del Ambiente Físico. Teniendo en cuenta que hace referencia al entorno físico (espacio en el lugar de trabajo, limpieza, higiene y salubridad, temperatura, ventilación y la iluminación) no es congruente asociar esta diferencia a la formación impartida. Por lo tanto no se puede confirmar la hipótesis. Otros datos que contradicen esta hipótesis y que no son lógicos si la formación hubiera tenido el efecto esperado, son los resultados del estado de salud y salud biopsicosocial, ya que hay variables significativas (Hipertensión e Hipotensión) donde los sujetos que no tienen formación manifiestan una menor frecuencia que los que tienen (datos que no son congruentes con el planteamiento inicial que a mayor formación se reduce el estrés y sus consecuencias). Por tanto, nuestros datos rechazan las hipótesis planteadas, poniendo en duda la efectividad de los programas de formación que se realizan para reducir el impacto de los factores de riesgo psicosocial en trabajadores. En este sentido, podemos considerar que es posible que la formación sea adecuada a corto plazo, pero que sus efectos se pierdan a largo plazo, si no existe un seguimiento. No obstante, recientemente se ha indicado que hay una evidencia limitada respecto a la efectividad de los programas de intervención para la reducción del *burnout* (Westermann *et al.*, 2014), lo cual apoyaría nuestros resultados.

Pese a no poder confirmar nuestra hipótesis los resultados obtenidos están en sintonía con estudios de revisión consultados en los que ponen de manifiesto limitadas evidencias de que las intervenciones en la organización sean efectivas para

prevenir el estrés laboral o *burnout* en profesionales de la salud (Ruotsalainen *et al.*, 2008; Westermann *et al.*, 2014), si bien es cierto que algunos trabajos de este tipo han encontrado que las intervenciones en la organización tienen un efecto de reducción significativa en el *burnout* que dura hasta un año, aunque no se pudo confirmar efectos duraderos (Awa *et al.*, 2009). Estos autores han puesto de manifiesto problemas de fiabilidad en trabajos de este tipo debido a factores como tamaños muestrales pequeños, altas tasas de deserción, intervenciones de corta duración y/o un inadecuado seguimiento, algunos de los cuales son compartidos por este estudio. De hecho, hay trabajos donde la intervención en la organización ha llegado incluso a resultar contraproducente (Margalit *et al.*, 2005). En intervenciones futuras se debe tratar de controlar estos factores que limitan su evaluación con el fin de mejorar la calidad de los resultados y conclusiones.

Según el planteamiento teórico previo, la formación es una intervención válida para la reducción del estrés y el *burnout*, así como para el desarrollo de la autoeficacia, de hecho, recientemente, en un estudio sobre el efecto de la formación inicial en las actitudes profesionales de los funcionarios penitenciarios, Cuaresma y Nicolás (2009) concluyeron que esta intervención ocasionó un cambio favorable en cuanto a las actitudes positivas, el apoyo al sistema, a la autoeficacia profesional y voluntad de servicio. La causa por la que en nuestro caso no se ha obtenido el resultado esperado podría ser no haber tenido en cuenta en el diseño de la formación, aspectos clave para su éxito como son los métodos de formación o las características de los formados. Infundir creencias altas de eficacia personal a través de formación de carácter expositivo es complejo ya que implica que el desarrollo de creencias de autoeficacia se realizó fundamentalmente por persuasión social. Una estrategia metodológica expositiva de la formación tiene como características la exposición oral unidireccional, una presentación de contenidos con base académica y *feedback* aplazado en la que al participante le es más difícil mantener la atención al ser un elemento pasivo (Fernández-Salinero 2004). Otras estrategias metodológicas de formación como la demostrativa o la activa podrían haber sido más acertadas ya que sitúan al trabajador en el contexto real del trabajo, lo implica en mayor medida, facilita el aprendizaje vivencial y se consigue un *feedback* inmediato o a corto plazo (Fernández-Salinero 2004). Esta afirmación estaría apoyada por Teoría Social Cognitiva que considera que el éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen. Un sentido resistente de eficacia requiere experiencias en sobrellevar los obstáculos a través del esfuerzo y la perseverancia (Andreu, Pallarés y Juárez, 2004). Por último, tal y como se ha indicado recientemente los niveles de autoeficacia mejoran con mayor formación y habilidades (Ineson *et al.*, 2013).

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 aleato-

ria, sino de voluntarios, por lo que puede presentar sesgos ya que al tratarse de cuestionarios anónimos desconocemos las causas de no respuesta de algunos individuos. Por otro lado, en el caso de las medidas auto-informadas sobre la salud se debería, en futuros trabajos, utilizar pruebas objetivas validadas o medidas fisiológicas.

En conclusión, nuestros resultados no muestran diferencias consistentes entre los sujetos que han obtenido formación respecto a los que no la han obtenido. Esto plantea la utilidad real de los programas de intervención y la necesidad de la evaluación exhaustiva de los mismos para comprobar su eficacia. Teniendo en cuenta la dificultad de realizar intervenciones efectivas en la organización sería muy importante asegurarse una buena evaluación. Por tanto, es necesario que en futuras intervenciones de este tipo se sea riguroso en el diseño de los métodos y técnicas de formación utilizadas así como en el diseño de la evaluación para que los resultados sean los más adecuados a los objetivos planteados.

REFERENCIAS

- Andreu, LL., Pallarés, A. y Juárez, O. (2004). La incidencia del entrenamiento en el nivel de eficacia percibida: un estudio en un equipo femenino de fútbol. En M. Salanova, R. Grau, E. Cifre, S. Llorens y M. García-Renedo (Coords.), *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia* (pp. 205-211). Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Awa, W.L., Plaumann, M. y Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184–190.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bäßler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Cifre, E. y Salanova, M. (2000). Validación factorial del “General Health Questionnaire” (GHQ-12) mediante un análisis factorial confirmatorio. *Revista de psicología de la Salud*, 12, 75-89.
- Cuaresma, D. y Nicolás, L. (2009). Actitudes profesionales de los funcionarios penitenciarios: El efecto de la formación inicial. *Invesbreu*, 47, 1-6 .
- Fernández-Salineró, C. (2004). Un enfoque pedagógico para el diseño de programas de formación en contextos organizativos. *Teoría de la educación*, 16, 181-242.
- 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. (2005a). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. (2005b). Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Gil-Monte, P.R., García, J.A. y Caro, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 113-118.
- Goldberg, D.P. y Hiller, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-45.

- Grau, R., Salanova, M. y Peiró, J. M. (2000). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 57-75.
- 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
- 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
- Jex, S.M., y Bliese, P.D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multi-level study. *Journal of Applied Psychology*, 84, 349-361.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Le Blanc, P., de Jonge, J. y Schaufeli, W.B. (2008). Job stress and occupational health. En N. Chmiel (ed.), *An introduction to work and organizational psychology: An European perspective* (pp. 119-148). London: Blackwell (2ª ed)
- Lobo, A. y Muñoz, P. (1996). *Cuestionario de salud general. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona: Masson.
- Lorente, L., Salanova, M. y Martínez, I. (2007). Estrategias de prevención del burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41, 12-20.
- Margalit, A.P., Glick, S.H., Benbassat, J., Cohen, A. y Katz, M. (2005). Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practising primary care physicians. *Medical Teacher*, 27(7), 613-618.
- Ruotsalainen, J.H., Serra, C., Marine, A. y Verbeek, J.H. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 34(3), 169-178
- 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 (3rd ed.)*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Meliá, J.L. y Peiró, J.M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 5, 59-74.
- Rodríguez, A.M., Llorens, S. y Salanova, M. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Gestión práctica de Riesgos Laborales*, 29, 46-51.
- 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., Grau, R.M. y Martínez, I.M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema* 17(3), 390-395.
- 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.
- Schwarzer, R. (1998). General perceived self-efficacy in 14 Cultures. Recuperado el 1 de junio de 2011 de <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>
- Serrano, M.A., Moya, L. y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.
- Stephoe, A., Cropley, M., Griffith, J. y Joeke, K. (1999). The influence of abdominal obesity and chronic work stress on ambulatory blood pressure in men and women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23(11), 1184-1191.

- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. y Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 63-71.
- Van Yperen, N.W. (1998). Informational support, equity and burnout: the moderating effect of self-efficacy. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 29-33.
- Vera, M., Salanova, M. y Lorente, L. (2012). The predicting role of self-efficacy in the Job-Demands-Resources model: a longitudinal study. *Estudios de Psicología*, 33, 167-178.
- Von Känel, R. (2008). *Das Burnout Syndrom: Eine medizinische Perspektive*. Praxis (Bern. 1994) 97(9), 477-487.

anuario de psicología

Artículos

José Vidal

Open field modifications needed to measure, in the mouse, exploration-driven ambulation and fear of open space

Juan Carlos Fernández Rodríguez y Fernando Miralles Muñoz

Estudio de la depresión en el asma bronquial a través del triple sistema de respuesta

Juan González Hernández, Enrique Garcés de los Fayos Ruiz y Enrique Ortega Toro

Avanzando en el camino de diferenciación psicológica del deportista. Ejemplos de diferencias en sexo y modalidad deportiva

Aleksander Veraksa, Alexandra Gorovaya, Alena Grushko, Larisa Bayanova, Galliulina Melyausha y Galyavieva Dinara

Development and reliability of the Russian versión of "The Sport Imagey Questionnaire"

María Aranguren

Validez de constructo del Test de Pensamiento Creativo de Torrance en una muestra de jóvenes argentinos

Miguel Ángel Serrano y Juan Payá

Efectos de un programa de formación para profesionales de residencias

Miquel Serra

Interfaces between language components: Bootstrapping in sensitive periods after reaching a critical mass of usage

Clara Mateu Martínez, Anna Vilaregut Puigdesens, Carmen Campo López, Lourdes Artigas Miralles y Valentín Escudero Carranza

Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: Estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico

P.V.P.: 14€ (I.V.A. incluido)

