

GT 18 - Psicología Social del Trabajo en América Latina: Identidades y procesos de subjetivación, salud de los trabajadores, prácticas y producción de sentidos en lo cotidiano

**BIENESTAR LABORAL EN PROFESIONALES DE LA MEDICINA:  
UNA COMPARATIVA ENTRE ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y  
ESPAÑA**

**Dr. Javier L. Crespo<sup>1</sup>**

Dptos. de Psicología y Recursos Humanos

Universidad Abat Oliba CEU

Barcelona - España

## **INTRODUCCIÓN**

---

La situación de los profesionales de la medicina ha ido evolucionando a lo largo de la historia humana paralelamente a la propia evolución sanitaria. La sanidad ha respondido a los cambios sociales y culturales que han acaecido en la sociedad en general, intentando satisfacer las expectativas que esta tiene sobre los servicios de salud. La organización sanitaria como institución, ha progresado en concordancia a esos cambios socioculturales modificando sus estructuras, portfolio de servicios, personal, tecnología, etc., por ello el profesionalismo médico (Ochoa, 2012), ha ido transformándose en paralelo, no sin tensiones, tanto en el plano de la praxis como en el social, político, económico, tecnológico, etc.

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Dr. Javier L. Crespo. Universidad Abat Oliba CEU. Dptos. de Psicología y Recursos Humanos. C/ Bellesguard, 30 (08022) Barcelona - España.  
E-mail: [jcrespo@uao.es](mailto:jcrespo@uao.es). Tfno.: 0034 93 254 09 00.

A los seis períodos en el desarrollo histórico de la medicina que distingue Laín (1990), hay que añadir un nuevo período, mediatizado por los fenómenos de la globalización, el postfordismo, la reforma neoliberal y la crisis del Estado de Bienestar. Este nuevo periodo, caracterizado por la medicina mercantilizada (Homedes y Ugalde, 2002, 2005a, 2005b; Blanch y Stecher, 2010), aparece como un proceso de reorganización sanitaria bajo los preceptos, esquemas y valores de la empresa privada y que deja en un segundo plano el referente axiológico de servicio público. Se caracteriza por un nuevo paradigma de significado del quehacer médico, donde los valores de la eficiencia y la eficacia basados en la economía de la salud, compiten con los criterios decisionales médicos en los protocolos sanitarios.

Asimismo se observa en paralelo, una evolución del perfil de paciente y del modelo de relación asistencial médico-paciente. El profesional de la medicina ha ido perdiendo prestigio social, mientras que el usuario, subjetivado por la sociedad del consumo propia del referente neoliberal, ha ido pasando de ser un usuario pasivo a convertirse en un “cliente activo”, que tiene derechos y capacidad de exigir. Mientras antaño el poder y control lo ostentaba el facultativo en la relación médico paciente (RMP), en esta etapa mercantilizada, el poder se ha transferido en cierta medida al “cliente”, por lo que una nueva fuente de conflictos y de tensión laboral irrumpe en la dicha relación (Brock, 1993). Este aumento del nivel de exigencia y de las expectativas de calidad del usuario, influyen en las dinámicas de comunicación y procesos de interacción en la RMP (Moreno, et al., 2005), en la que el profesional de la medicina sujeto -y sujetado- por las restricciones imperativas de la eficiencia y la eficacia, no siempre puede satisfacer, dando lugar a una nueva fuente de conflictos y a la pérdida de calidad de la RMP, y por tanto, aumentando el riesgo de *burnout* (Freudenberger, 1974; Maslach y Leiter, 1997; Noval 2002; Gil- Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno, 2007).

Las constantes reformas sanitarias han sido fundamentadas en la modernización de los servicios públicos de salud. Esta modernización se ha traducido en la profesionalización de la gestión (siguiendo pautas del *New Management*). Reformas impulsadas desde una perspectiva economicista, neoliberal, dentro del paradigma de la nueva gestión pública, con las diferencias entre países propias del desarrollo democrático y social (Aldunate et al., 2012). El *New Management* ha comportado una transformación profunda de las condiciones de trabajo y de la cultura organizacional,

que está desplazando los viejos valores de servicio público por los mercantilistas (Blanch y Stecher, 2009).

El resultado de estas reformas sanitarias han dado un resultado deficiente en equidad, eficiencia y calidad de servicio (Homedes y Ugalde, 2002). La flexibilidad laboral en países como Colombia, no sólo ha reducido la calidad percibida de los usuarios de servicios de salud, sino también ha incrementado la carga de trabajo de los profesionales sanitarios que autoevalúan peor su trabajo para con los usuarios, reducen el tiempo de dedicación y la comunicación con los pacientes (Homedes y Ugalde 2005 a, b).

Por todo ello, en el presente trabajo trata de dilucidar la relación de las (nuevas) condiciones del trabajo médico con la calidad de vida laboral, y más concretamente en lo relativo a la salud y al bienestar ocupacional de los profesionales de la medicina.

## **CONDICIONES DE TRABAJO Y BIENESTAR LABORAL GENERAL**

---

Trabajar es una de las vías fundamentales para la provisión de recursos necesarios para vivir, así como para la satisfacción de otras necesidades subjetivas clave para el desarrollo e integración social. De ahí que el trabajo sea central en la sociedad y ocupe un lugar prominente entre las distintas dimensiones de la vida personal, familiar y social. Es por tanto, parte implicada en la salud psicosocial, en la calidad de vida y en el bienestar subjetivo (Agulló, Alvaro, Garrido, Medina y Schweiger, 2012; Blanch, 2003; 2007; 2012; Keyes y Corey, 1998; Peiró, 1992; Quick y Tetrick, 2003; Moyano y Ramos, 2007; Warr, 2007). Por ello, aquellos elementos que conforman la experiencia laboral y las condiciones de trabajo son claves en la determinación de la salud ocupacional, el bienestar psicológico en el trabajo y la conformación de la organización saludable.

Las condiciones de trabajo han pasado al primer plano del análisis de los riesgos psicosociales gracias a la toma de conciencia política, al desarrollo legislativo de los Países y al impulso de organismos internacionales<sup>2</sup>. La ley 31/1995 del 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales española, concibe las condiciones de trabajo como las características del trabajo que pueden tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador. Blanch, Sahagún y

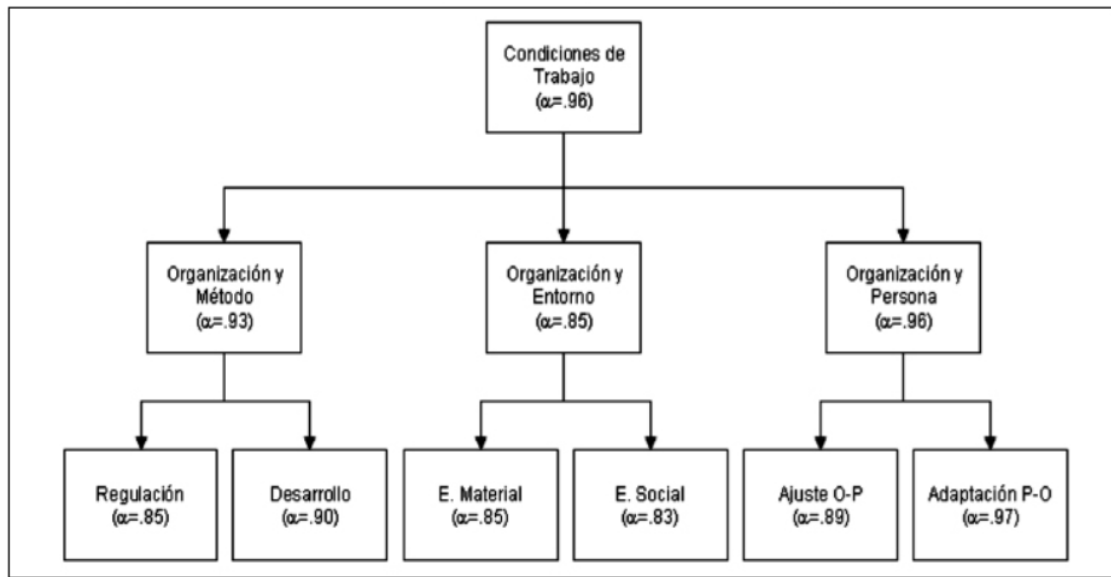
---

<sup>2</sup> Para una revisión completa de la legislación internacional sobre distintos aspectos de condiciones de trabajo, consúltese TRAVAIL (ILO/OIT), en <http://www.ilo.org/travail/lang--en/index.htm>

Cervantes (2010) definen las condiciones de trabajo como el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrolla la actividad y las relaciones laborales. El R.D. 39/1997 que reglamenta los servicios de prevención identifica como riesgo psicosocial la probabilidad de sufrir un daño psicosocial como consecuencia de las condiciones de trabajo. Estos daños psicosociales suelen ir asociados a estados mentales y se manifiestan a través de procesos psicológicos como el estrés, que a su vez son el efecto de un tipo de organización y gestión del trabajo, o de interacciones socio laborales (Blanch, 2011). El foco en el estudio interdisciplinar sobre el tema, se ubica en la dimensión más psicosocial y subjetiva de la experiencia laboral, así como en la interacción socio laboral en el trabajo.

Blanch (2011) revisa la literatura científica sobre las condiciones de trabajo y destaca varias dimensiones y factores que conforman la percepción y valoración de los trabajadores/as, que son: a) factores individuales (organización y persona), b) sociales (organización y entorno) y c) organizacionales (organización y método). Estas dimensiones objetivas tienen su importancia en la medida de cómo estas son percibidas y valoradas por cada persona en el contexto laboral en el que se encuentra. Blanch et al. (2010) entienden que las condiciones de trabajo se configuran en torno a una triple relación de la organización con el método, con el entorno y con la persona. Se basan en el consenso internacional por el cual las dimensiones clave de tales condiciones refieren al ambiente físico y social, a la organización y características de las tareas (demandas cuantitativas y cualitativas, exigencias de rol y carga y tiempo de trabajo), a la salud ocupacional y seguridad laboral, y a la calidad de la relación laboral (tipo de contrato, duración, jornada, etc.). En su modelo dirigen el foco de atención hacia los factores psicosociales de las condiciones de trabajo sobre el que viene insistiendo desde hace décadas la OIT (ILO, 1986). Se centran en evaluar los componentes centrales de la dimensión psicosocial, subjetiva y percibida de las condiciones de trabajo en organizaciones de servicios a las personas. Su contenido incluye aspectos de las condiciones de trabajo, bienestar y calidad de vida laboral, que en función de su presencia e intensidad, pueden actuar como factores protectores y saludables, o por el contrario, como factores de riesgo psicosocial.

**Figura 1. Modelo teórico de condiciones de trabajo de Blanch, Sahagún y Cervantes (2010).**



Este modelo teórico, operacionalizado en las escalas cuyas propiedades psicométricas aparecen en la misma figura 1, evalúa especialmente las características psicosociales de las condiciones de trabajo en organizaciones de servicio a personas (*human services*), tratando estas condiciones como un todo integrado y posibilitando un abordaje holístico tanto de aspectos positivos a promover como de otros negativos a prevenir, tal y como recomienda la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2003).

En el contexto organizacional de la profesión médica, diversos estudios han profundizado sobre los principales factores psicosociales que afectan al bienestar laboral, como, la actitud hacia el cambio y sus implicaciones en la profesión médica (Dale y Milner, 2009), el trabajo emocional (Larsen y Stamm, 2008); la angustia y ansiedad laboral (Lepnurm et al. 2009); la falta de apoyo del supervisor, (MacCulloch y Shattell, 2009; Gil-Monte, 2005); la sobrecarga de trabajo y el papel de las expectativas (Ogiwara y Araki, 2006); la jornada completa voluntaria y la autonomía en la toma de decisiones (Riley y Connolly, 2007); la alta carga de trabajo emocional, el ambiente estresante y la importancia de la formación en grupo como herramienta de combate al estrés (Trowell, et al. 2008). Freeborn (2001) resalta en primer lugar y en orden de importancia, el control percibido sobre el ambiente de trabajo, las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros, y la satisfacción con los recursos, ya que

estos son potentes predictores de la satisfacción (Peiró, Silla, Sanz, Rodríguez y García, 2004; Ross y Zander, 1957), del compromiso organizacional y del desgaste profesional.

La intensificación del trabajo creciente en la sanidad en América Latina y España, conlleva unas deficientes condiciones laborales tanto físicas como psicológicas de la que derivan efectos nocivos sobre la salud y la seguridad en el trabajo (Eurofound, 2009). El agotamiento, es la dimensión del desgaste profesional con mayor incidencia y se relaciona de manera más directa con las consecuencias negativas en la salud de los profesionales de la medicina (Olmedo et al, 2001). Hay también otras exigencias cualitativas, como la complejidad de la demanda, la necesidad de aplicación de la tecnología, el acceso y recuperación de la información y la toma de decisiones médicas, que conforman un abanico de demandas, que exigen un empleo de recursos personales y estructurales, muy exigentes y potencialmente, de riesgo para la salud (Gálvez et al., 2009).

A estas condiciones de trabajo hay que añadir las altas demandas emocionales que tienen que afrontar los profesionales de la medicina, que provienen de la RMP y que son un potencial estresor. La situación crónica de altas demandas emocionales es potencial precursora de desgaste profesional (Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno, 2007).

La gestión de situaciones asistenciales complicadas, la identificación con el sufrimiento del paciente y sus familiares, y la frustración ante la valoración negativa de su trabajo, producen junto a las condiciones de trabajo de la sanidad actual, una situación de estrés crónico que allana el camino hacia el síndrome de quemarse en el trabajo (Gálvez et al, 2009).

Los efectos sobre la salud del profesional que está sujeto a este estrés crónico en un mar de condiciones de trabajo difíciles, están ampliamente recogidos en la literatura científica (Quick et al, 2003). Murphy (1996) señala que las principales consecuencias sobre la salud de los estresores laborales, se relacionan con trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, sexuales, endocrinos, inmunológicos y con ansiedad y depresión. Aranda et al. (2006) los relacionan con diversas manifestaciones clínicas como lumbalgias, gripes, cefaleas, problemas dentales y cansancio.

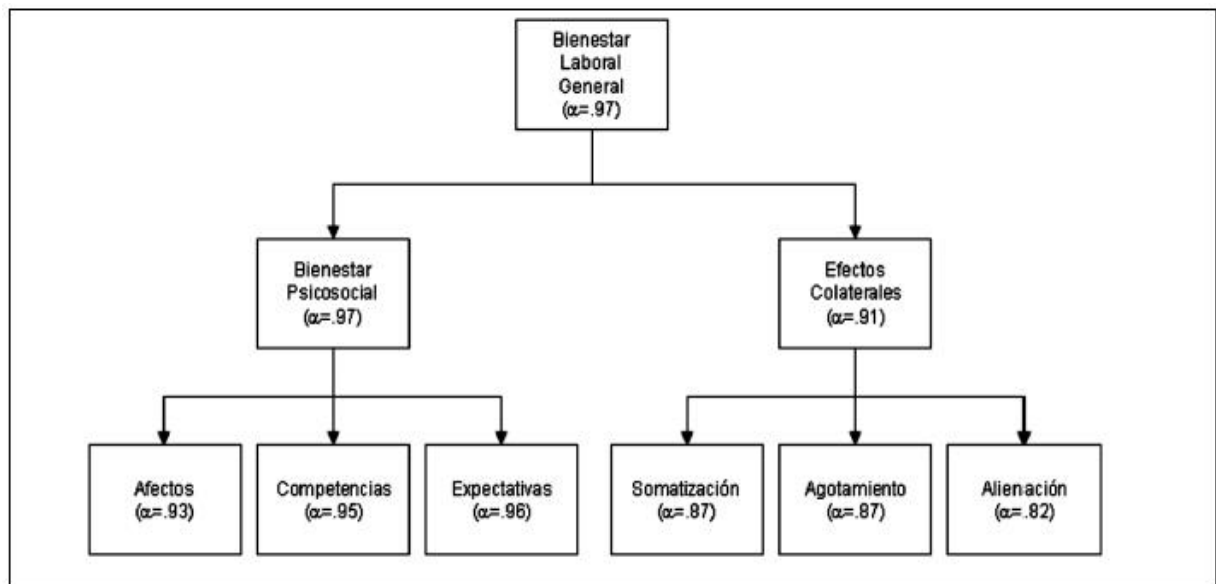
En suma, la salud laboral está influenciada por una amplia gama de estresores ocupacionales, psicológicos, organizativos y del diseño del trabajo. González y de la Gándara (2004) recogen, a) la insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, b) la disminución de la calidad del trabajo, c) el absentismo y d) el abandono profesional, como principales consecuencias.

Numerosos estudios sobre las características del trabajo y sus repercusiones en el bienestar de los empleados centran su punto de mira en aspectos como el síndrome de quemarse en el trabajo (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno, 2007), sobre la salud ocupacional (Salanova, 2009), sobre la felicidad en el trabajo (Warr, 1990, 1994, 2003, 2007) o sobre el papel que desempeñan determinados factores psicológicos como predictores del grado de bienestar en el trabajo, como la articulación demanda-control de Karasek o entre esfuerzo y recompensa de Siegrist. Siguiendo a Karasek, la combinación de altas demandas y bajo control sobre el trabajo es predictor de estrés y patología. Bosma y cols. (1997), en un estudio con una amplia muestra de funcionarios británicos, observaron que un bajo control sobre el trabajo predijo enfermedad coronaria tanto en hombres como en mujeres. McGlone y Chenoweth (2001) encontraron que sólo el 50% de los profesionales de la medicina encuestados estaban satisfechos en su trabajo, que describían como un contexto de altas demandas laborales y bajo control sobre las tareas. En este estudio, el control sobre el trabajo funcionó como el mejor predictor de la satisfacción laboral de los profesionales de la medicina. Bakker y cols. (2000) evidenciaron la importancia en el bienestar de las demandas emocionales en profesionales de la medicina. Se observó que, cuando la demanda emocional de los pacientes iba acompañada de una sensación de falta de reciprocidad, daba lugar a una espiral viciosa que empezaba con una disminución de los recursos emocionales de estos profesionales y culminaba en una erosión de la salud que podía desembocar en el síndrome de quemarse en el trabajo. Bakker, Demerouti y Verbeke (2004), probaron que los excesos en cuanto a presión del tiempo y demandas emocionales eran los principales predictores del burnout, mientras que la autonomía y el apoyo social eran los recursos principales predictores del rendimiento extra rol. En el caso de profesionales de la medicina se encontraron evidencias de la relación positiva entre adecuación demandas - recursos y satisfacción en el empleo. La satisfacción de los profesionales de la medicina dependía principalmente de las condiciones del trabajo, especialmente en lo concerniente a equilibrio y ajuste entre demandas y recursos. Entre las demandas más

relevantes destaca la carga cuantitativa de trabajo y entre los recursos, la posibilidad de progreso en la carrera, el trabajo en equipo y la calidad de la supervisión.

Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes (2010) desarrollan un modelo teórico sobre el bienestar laboral general basado en la literatura y con relación al cual diseñan, aplican y validan un cuestionario. Este modelo (figura 2) contempla dimensiones del bienestar psicosocial, como afectos, competencias y expectativas; así como efectos colaterales referidos a somatización, desgaste y alienación.

**Figura 2: Modelo de Bienestar laboral general (Blanch et al., 2010)**



Con este modelo de bienestar laboral general, los autores proponen una visión del bienestar laboral que no se limita al estatus de mera variable dependiente, efecto o consecuencia de determinadas características organizacionales que impactan sobre el individuo (Warr, 1987; 2007) y que responde a la tradición clásica clínica. El modelo contempla tanto los aspectos negativos de la experiencia laboral como el polo positivo de lo saludable y del bienestar. De alguna manera, se inspiran en los principios de la declaración fundacional de la OMS, que concibe la salud como bienestar (no como simple ausencia de malestar), así como en los de la psicología ocupacional positiva, (Seligman, 2002, Salanova, Bakker y Llorens, 2006). Asimismo, esta concepción de bienestar laboral, “situada” en lo subjetivo del entorno laboral, promueve una visión más amplia y global de la experiencia en el trabajo.

## **MÉTODO, DISEÑO Y PROCEDIMIENTO**

---



En este contexto, la pregunta principal de esta investigación se concreta en los términos siguientes: ¿Cómo las nuevas condiciones de trabajo impuestas por el new management sanitario influyen en el bienestar laboral de los profesionales de la medicina? De esta pregunta principal se deriva la siguiente hipótesis general: Las repercusiones de las nuevas condiciones del trabajo médico en la experiencia laboral de los profesionales de la medicina tienen un doble signo: (a) positivo, en forma de bienestar subjetivo, satisfacción laboral y engagement o vinculación y compromiso con la organización y con la profesión, y (b) negativo, en forma de mala salud ocupacional, efectos colaterales psicofisiológicos, estrés, burnout e insatisfacción laboral, asociados especialmente a la presión asistencial y a la consiguiente sobrecarga de trabajo y al déficit de tiempo para realizarla. De ella pende una serie de expectativas de resultados, a saber, a) La intensificación del trabajo y el déficit de tiempo percibidos irán asociados a una percepción de reducción de la cantidad y calidad de las interacciones sociales tanto con colegas como usuarios y pacientes; b) Conocidas las inversiones realizadas en las últimas décadas en los equipamientos materiales y tecnológicos, se espera una alta puntuación en la escala de organización y entorno material, valoración que tendrá una relación positiva con la del bienestar psicosocial; c) Los profesionales de la medicina que mejor se adapten a la organización (alta puntuación en la escala de adaptación persona- organización) percibirán menos efectos colaterales en la salud y puntuarán mejor en bienestar laboral general y d) Los profesionales de la medicina que puntúan más alto en afectos, competencias y expectativas, percibirán un ambiente social más positivo, mientras que aquellos con alta somatización, desgaste y alineación percibirán un ambiente social más negativo.

Se diseñó la investigación en dos fases: una fase piloto de carácter exploratorio y otra empírica, que combinaba tanto metodología cualitativa como cuantitativa. Este diseño mixto, exigido por el objeto de la investigación, conllevó la producción y análisis de datos numéricos y textuales. Con ellos se trató, por una parte, de evaluar aspectos cuantificables del bienestar laboral del colectivo médico en el marco de sus nuevas condiciones de trabajo y, por otra, de analizar la dimensión subjetiva y fenomenológica de su experiencia de trabajo.

La fase piloto del proyecto, de carácter exploratorio tuvo como objetivo la investigación de los fenómenos psicosociales del bienestar en el trabajo en la experiencia laboral del profesional de la medicina, con el foco de análisis tanto a las

condiciones objetivas como subjetivas del trabajo de la medicina en la sanidad hospitalaria principalmente. Las percepciones del entorno laboral, las experiencias y sentidos del trabajo, el impacto psicosocial percibido y las estrategias de afrontamiento en relación a las condiciones de trabajo, fueron los focos de la atención del estudio en esta fase exploratoria.

En esta fase, el trabajo empírico comportó la utilización de tres técnicas: (a) una encuesta mediante una versión preliminar del cuestionario de calidad de vida laboral, (b) una entrevista semiestructurada con preguntas referidas a aspectos específicos de la experiencia del participante en su entorno laboral y (c) un grupo focal, más en la producción de información sobre aspectos puntuales de esta experiencia.

La fase empírica se desarrolló durante los dos años siguientes. En esta fase se aplicó el cuestionario de calidad de vida laboral que incluye escalas relacionadas con las condiciones de trabajo de (Blanch, et al., 2010) y con el bienestar laboral general (Blanch et al., 2010), cuyas características y propiedades psicométricas fueron publicadas en la Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones.

## **RESULTADOS**

---

En referencia a las condiciones de trabajo puede apreciarse una media en el puntaje general de 6,36 (SD 1,33) en una escala de 0 a 10. En cuanto a la organización y método, la media es algo inferior al puntaje general (M 5,86; SD 1,63), también en los aspectos de regulación (5,99 SD 1,66), como en los aspectos de desarrollo (5,73 SD 1,83).

El factor organización y entorno tiene un puntaje mayor que el anterior (M 6.71 SD 1.37), por lo que las condiciones de organización y entorno son mejor valoradas que los de organización y método. La escala social (M 7,12 SD 1.48 ), de compañerismo, respeto en el grupo de trabajo, reconocimiento del trabajo por parte de colegas y por usuarios, es el aspecto mejor valorado de todo el qCT, junto con la escala de adaptación persona – organización que obtiene una M 5,02 (SD 1,17) en una escala de 0 a 7.

Respecto al puntaje en organización y persona, este arroja una media de 4,9 y una SD (1,08) en una escala de 1 a 7, siendo inferior el relativo al ajuste organización persona (M 4,76, SD 1,26) y superior el de adaptación persona – organización (M 5,02, SD 1,17). El primero hace referencia a que la organización “satisface mis intereses, me

exige según mis capacidades, responde a mis necesidades, encaja con mis expectativas, se ajusta a mis aspiraciones, concuerda con mis valores”, etc., y el segundo refiere a, “me adapto a la política del centro, asumo los valores de la dirección, acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo, me identifico con el espíritu de los cambios producidos, me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados”, etc. En los resultados del análisis cualitativo sólo el 4,38% destacó que la adaptación organización persona era un elemento de evolución positiva, frente al 1,46% que destacaba que era un factor que empeoraba.

**Tabla 1. Medias y desviaciones estándar en puntajes de escalas**

|     | Factores y escalas                  | Valores | M    | SD   |
|-----|-------------------------------------|---------|------|------|
| qCT | <i>Puntaje general</i>              | 0 - 10  | 6,36 | 1,33 |
|     | <i>Organización y método...</i>     | “       | 5,86 | 1,63 |
|     | <i>...regulación</i>                | “       | 5,99 | 1,66 |
|     | <i>...desarrollo</i>                | “       | 5,73 | 1,83 |
|     | <i>Organización y entorno...</i>    | “       | 6,71 | 1,37 |
|     | <i>...material</i>                  | “       | 6,28 | 1,68 |
|     | <i>...social</i>                    | “       | 7,12 | 1,48 |
|     | <i>Organización y persona...</i>    | 1 – 7   | 4,90 | 1,08 |
|     | <i>...ajuste org. – persona</i>     | “       | 4,76 | 1,26 |
|     | <i>...adaptación persona - org.</i> | “       | 5,02 | 1,17 |

En la contabilización de respuestas de profesionales de la medicina a entrevistas en relación a los aspectos que están siendo percibidos respectivamente como mejorando y empeorando en su contexto laboral actual, se encuentra que las condiciones laborales de regulación, son las que más se percibe que “empeoran”. El 64,6% de los participantes reconoce que en la coyuntura actual lo que más está empeorando son estos aspectos, sobre todo los relacionados con la presión del tiempo de trabajo y el aumento de la carga de trabajo; mientras lo que más se destaca que “mejora” es el entorno material (53,65%), muy por delante del entorno social (aspecto más valorado en el qCT), que sólo el 10,22% lo subraya. Posiblemente, el entorno social se destaca menos debido a que se ha mantenido estable, alto y positivo, mientras que aspectos como el entorno material, con instalaciones y equipamientos, recursos materiales y técnicos,

prevención de riesgos laborales y servicios auxiliares, han ido mejorando en mayor medida, incentivado por la exigencia y la evolución de la tecnología médica.

**Tabla 2. Frecuencias de respuesta a la evolución percibida de las condiciones de trabajo.**

| Mejorando              |             |        | Empeorando             |             |        |
|------------------------|-------------|--------|------------------------|-------------|--------|
|                        | Frecuencias | %      |                        | Frecuencias | %      |
| C1a1. Regulación       | 26          | 9,49   | C1b1. Regulación       | 177         | 64,60  |
| C1a2. Desarrollo       | 15          | 5,47   | C1b2. Desarrollo       | 17          | 6,20   |
| C1a3. Entorno material | 147         | 53,65  | C1b3. Entorno material | 18          | 6,57   |
| C1a4. Entorno social   | 28          | 10,22  | C1b4. Entorno social   | 13          | 4,74   |
| C1a5. Ajuste O-P       | 12          | 4,38   | C1b5. Ajuste O-P       | 4           | 1,46   |
| C1a6. Adaptación P-O   | 0           | 0,00   | C1b6. Adaptación P-O   | 9           | 3,28   |
| C1a7. Otro             | 34          | 12,41  | C1b7. Otro             | 27          | 9,85   |
| C1a8. NS/NC            | 12          | 4,38   | C1b8. NS/NC            | 9           | 3,28   |
|                        | 274         | 100,00 |                        | 274         | 100,00 |

Como se ve los aspectos de regulación, presión del tiempo y sobrecarga de trabajo, son los que se percibe que en mayor medida “empeoran” muy por encima de otras condiciones laborales.

### **Condiciones de trabajo por Grupos (España y grupo de Países latinoamericanos)**

Comparando las puntuaciones en CT del grupo de los encuestados españoles (47,7% del total) y del configurado por los participantes de todos los países latinoamericanos (52,3%), se encontraron tendencias casi significativas ( $p=.054$ ), en el puntaje general y en el factor de organización y método, siendo la media de los países latinoamericanos 6,52 (SD 1,46) y la de España (M 6,19 SD 1,15). Donde sí se encontraron diferencias significativas fue en la escala de desarrollo, aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $p=.000$  d Cohen 0,29). Los participantes de los países latinoamericanos valoraron más alto las condiciones de trabajo en lo referente a desarrollo (M 5,99 SD 1,93) que el grupo español (M 5,46 SD 1,69). Los primeros valoraron especialmente más alto que el grupo español, los aspectos relativos a autonomía, justicia laboral, posibilidad de carrera, relaciones y apoyo por la dirección, etc.

Además, se encontraron diferencias significativas y un tamaño del efecto bastante alto en el puntaje general del factor organización y persona ( $p=.000$  d Cohen 0,48), en adaptación persona organización ( $p=, 000$ , d Cohen 0,50) y en ajuste

organización persona ( $p=, 001$ ,  $d$  Cohen  $0,41$ ). Por lo general los países latinoamericanos puntúan por encima en toda esta subescala. En el puntaje general de la escala se encuentra una media de 5,14 (SD 1,1) en los países latinoamericanos, frente al grupo español que puntúa por debajo con una media de 4,64 (SD 1). La misma tónica se sigue en las subescalas siguientes, así es en ajuste organización – persona en el grupo latinoamericano (M 5,05, SD 1,24) frente al español (M 4,44, SD 1,21), y en la de adaptación persona - organización en el grupo latinoamericano (M 5,24, SD 1,24) y español (M 4,77, SD 1,03).

### **Tendencias comunes en Bienestar laboral general**

Una media global de 4,81 (SD 0,89) en una escala de 1 a 7 en el cuestionario de bienestar laboral indica un nivel de valoración de bienestar en el trabajo medio alto. El primero de sus dos factores principales, el referido a bienestar psicosocial, que engloba las facetas de afectos, competencias y expectativas, arroja una media de 5,13 (SD 0,97), mejorando incluso el puntaje general del cuestionario. En referencia a los factores que incluye, destaca el factor de competencias (M 5,13, SD 1,2), seguido por el factor expectativas (M 5,08 SD 0,93) y por último afectos (M 4,86 SD 1,17).

El segundo factor del cuestionario, el de los efectos colaterales (somatización, desgaste y alienación), arroja en su puntaje general una media de 3,50 (SD 1,11), lo que indica un resultado medio bajo en efectos colaterales, pero nada desdeñable. Entre las tres escalas que incluye, la de desgaste (M 4,61 SD 1,37) sobresale por encima de las otras, seguida de alienación (M 3,14 SD 1,28) y somatización (M 2,74 SD 1,42).

**Tabla 3. Medias y desviaciones estándar en puntajes de escalas**

|      | Escalas y sub-escalas                     | Valores | M    | SD   |
|------|---|---------|------|------|
| qBLG | <i>Puntaje general</i>                    | 1 – 7   | 4,81 | 0,89 |
|      | <i>Factor de bienestar psicosocial...</i> | “       | 5,13 | 0,97 |
|      | <i>...expectativas</i>                    | “       | 5,08 | 0,93 |
|      | <i>...afectos</i>                         | “       | 4,86 | 1,17 |
|      | <i>...competencias</i>                    | “       | 5,32 | 1,20 |
|      | <i>Factor de efectos colaterales...</i>   | “       | 3,50 | 1,11 |
|      | <i>...alienación</i>                      | “       | 3,14 | 1,28 |
|      | <i>...desgaste</i>                        | “       | 4,61 | 1,37 |
|      | <i>...somatización</i>                    | “       | 2,74 | 1,42 |

### **Bienestar Laboral por Sexo**

Se encontraron diferencias significativas entre sexos en la escala de somatización, con un tamaño del efecto medio ( $p=,001$  d Cohen  $-0,48$ ). Esto parece indicar que las participantes de sexo femenino (M 3,1 SD 1,42) perciben o declaran más efectos de naturaleza somática (trastornos digestivos, dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda y tensiones musculares) que los participantes de sexo masculino, que arrojan una media menor a la femenina (M 2,43 SD 1,36).

### **Bienestar Laboral por Países**

En la comparación de medias por países en el factor bienestar psicosocial se encuentran diferencias significativas y un tamaño del efecto medio ( $p=,009$  d Cohen  $0,41$ ). El grupo latinoamericano muestra una media (M 5,29 SD 1,04) mayor que el español (M 4,9 SD 0,8), aunque en ambos casos la media es moderadamente positiva.

Mayor nivel de significación estadística aparece en las diferencias en la escala de expectativas ( $p=,001$  d Cohen  $0,51$ ) con un tamaño del efecto medio. Igual que en el factor anterior, el grupo latinoamericano arroja una media superior (M 5,27 SD 0,97) que el español (M 4,81 SD 0,81).

### **Condiciones de trabajo, bienestar psicosocial y efectos colaterales**

Se analizó la relación entre las medias de las escalas del cuestionario de condiciones de trabajo y las de los factores de bienestar psicosocial y de efectos colaterales del cuestionario de bienestar laboral general, encontrándose correlaciones significativas en todos los cruces, tal y como se puede observar en la tabla 4.

La escala de regulación (tiempo de trabajo, organización del trabajo, retribución, carga de trabajo, calidad del contrato laboral y conciliación) en relación con el factor bienestar psicosocial arrojó una correlación positiva y significativa ( $p=,000$   $R= 425$ ); lo que permite inferir a que a mejor percepción de las condiciones de regulación del trabajo existe mayor bienestar psicosocial percibido, mientras que en el cruce con el factor efectos colaterales ( $p=,000$   $R= -421$ ), la dirección de la correlación, también significativa, fue inversa, donde a mayor valoración de las condiciones de regulación menores efectos colaterales percibidos.

Cuando se asocia la escala de desarrollo (autonomía, oportunidades de formación, promoción, participación, apoyo directivo, etc.) con el factor bienestar psicosocial aparece una correlación positiva y significativa ( $p=,000$   $R= .550$ ); lo que permite inferir que a mejor valoración de desarrollo, mayor bienestar psicosocial percibido, y menores efectos colaterales ( $p=,000$   $R= -.351$ ). Tener oportunidades de desarrollo mejora el bienestar psicosocial percibido y se padecen menores efectos colaterales.

En la asociación de la escala entorno material (recursos materiales y técnicos, PRL, instalaciones, etc.) con el factor bienestar psicosocial se obtuvo también una correlación positiva y significativa ( $p=,000$   $R= .410$ ); lo que permite inferir que a mejor valoración del entorno material en el trabajo, mejor valoración del bienestar psicosocial percibido y menores efectos colaterales ( $p=,000$   $R= -.268$ ).

La escala de entorno social con bienestar psicosocial, arrojó unos resultados con una correlación positiva y significativa ( $p=,000$   $R= .601$ ), lo que permite inferir que a mejor valoración del entorno social (Apoyo social, percepción de un ambiente social positivo, compañerismo, etc.) mayor bienestar psicosocial y menores efectos colaterales ( $p=,000$   $R= -.307$ ).

**Tabla 4. Correlaciones de qCT con Bienestar psicosocial y efectos colaterales (BLG).**

| CONDICIONES DE TRABAJO          |                        | BP Puntaje<br>Factor de<br>Bienestar<br>Psicosocial | Efectos<br>Colaterales |
|---------------------------------|------------------------|---|------------------------|
| OM_R escala de regulación       | Pearson<br>Correlation | ,425**  | -,421**                |
|                                 | Sig. (2-tailed)        | ,000  | ,000                   |
|                                 | N                      | 171   | 181                    |
| OM_D escala de desarrollo       | Pearson<br>Correlation | ,550**  | -,351**                |
|                                 | Sig. (2-tailed)        | ,000  | ,000                   |
|                                 | N                      | 166   | 175                    |
| OE_M escala de entorno material | Pearson<br>Correlation | ,410**  | -,268**                |
|                                 | Sig. (2-tailed)        | ,000  | ,000                   |
|                                 | N                      | 172   | 180                    |
| OE_S escala de entorno social   | Pearson<br>Correlation | ,601**  | -,307**                |
|                                 | Sig. (2-tailed)        | ,000  | ,000                   |
|                                 | N                      | 171   | 180                    |
| OP_S escala de satisfacción     | Pearson<br>Correlation | ,638**  | -,381**                |
|                                 | Sig. (2-tailed)        | ,000  | ,000                   |
|                                 | N                      | 167   | 176                    |
| OP_A escala de adaptación       | Pearson<br>Correlation | ,536**  | -,220**                |
|                                 | Sig. (2-tailed)        | ,000  | ,004                   |
|                                 | N                      | 166   | 172                    |

Una vez comprobada la importancia de la sobrecarga (regulación) y de la escala de entorno social, se realizó una regresión de efectos colaterales sobre carga de trabajo y entorno social. Los resultados arrojan un coeficiente de regresión de 0,130 (Beta = ,280;  $p < ,001$ ) para la primera y de -0,144 (Beta = -,202;  $p = ,007$ ) para la segunda. En conjunto, la suma del cuadrado de los residuos de la regresión sobre las dos variables es de 187,64 ( $F2, 177 = 17,120$ ). La prueba de regresión resultó significativa y positiva para ambas es decir, se encuentran más efectos colaterales por la sobrecarga de trabajo, y menos cuando existe un entorno social positivo; la hipótesis del apoyo social como moderador de los efectos nocivos de las condiciones de trabajo se corrobora.

Al relacionar la escala de ajuste organización – persona con los factores bienestar psicosocial y efectos colaterales, se encuentran correlaciones significativas y positivas con bienestar ( $p=,000$   $R= ,638$ ) y significativas y negativas con efectos colaterales ( $p=,000$   $R= -,381$ ).

Por último, relacionando la escala de adaptación persona – organización (adaptación a la política del centro, asunción de valores de la dirección, identificación con los cambios, etc.) con el factor bienestar psicosocial, aparece una correlación positiva y significativa ( $p=,000$   $R= ,536$ ) y una correlación negativa y significativa con el de efectos colaterales ( $p=,000$   $R= -,220$ ).

En este punto, se realizó una regresión múltiple de efectos colaterales sobre regulación y adaptación. En el caso de regulación, el coeficiente de regresión fue de -0,242 (Beta = -,380;  $p < ,001$ ), y en el caso de adaptación, el coeficiente de regresión fue igual a -0,092 (Beta = -,090;  $p = ,232$ ). La suma de cuadrados de los residuos es igual a 170,29 ( $F2, 168 = 17,961$ ). La prueba de regresión resultó significativa y negativa para la primera, es decir, se encuentran más efectos colaterales cuando las condiciones de regulación se perciben negativas, pero no aparece una influencia significativa de los efectos colaterales sobre la adaptación.

También se aplicó la regresión múltiple al bienestar psicosocial sobre las escalas del qCT desarrollo y entorno material. Los resultados arrojaron un coeficiente de regresión de 0,191 para Desarrollo (Beta = -,425;  $p < ,001$ ) y de 0,084 para Entorno material (Beta = ,177;  $p = ,026$ ). La suma de cuadrados de los residuos fue de ( $F2, 158 = 32,316$ ). Ambas resultaron significativas observándose mayor potencia sobre el bienestar por parte del desarrollo que del entorno material.



## DISCUSION

---

La valoración moderadamente positiva de los profesionales de la medicina, respecto de sus condiciones de trabajo, está en parte determinada por la notable valoración de la escala ambiente social, que abarca aspectos como compañerismo, apoyo social, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del trabajo por parte de colegas y usuarios. El valor del apoyo social para el bienestar psicosocial y satisfacción en el trabajo ha quedado patente en la literatura científica (Cassel,1976; Cobb, 1976); Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Hall, 1988). El apoyo social juega un papel fundamental en la satisfacción en el trabajo, en el bienestar laboral y en la salud ocupacional. Siendo la mejor puntuada la escala social en el qCT, se infiere el peso dado a los recursos sociales para valorar moderadamente positivas las condiciones de trabajo en general. Además, el ambiente social percibido, que se construye sobre las relaciones sociales que se dan en el contexto organizacional, es el segundo aspecto que se destaca como mejorando en la evolución percibida de las condiciones de trabajo.

Asimismo, la valoración moderadamente positiva de los profesionales de la medicina respecto de sus condiciones de trabajo, responde también a la ligeramente alta puntuación en la escala de adaptación persona- organización; lo que significa que los profesionales de la medicina, se adaptan bastante bien a la política del centro y a los valores y cambios de la organización. French, Caplan y Van Harrison (1982) desde la teoría de adaptación persona-entorno, destacan la importancia que tiene la falta de adecuación a la organización, ya que puede tener como resultado el estrés y la pérdida de bienestar. En los resultados obtenidos, se observa que esta “buena” adaptación persona-organización puede favorecer una mejor respuesta ante el estrés laboral propio de la sobrecarga de trabajo y mitigar en gran medida los efectos perniciosos de la sobrecarga laboral.

Los países latinoamericanos puntúan mejor las condiciones de trabajo en lo referente a desarrollo que el grupo español. Valoran más alto en su contexto laboral los aspectos de autonomía, justicia laboral, posibilidad de carrera, relaciones y apoyo de la dirección, etc. También valoran más positivamente que el grupo español, su adaptación a la política del centro, la asunción de los valores de la dirección, la identificación con los cambios, etc. (ajuste organización – persona), al igual que la organización les satisface sus intereses, encaja con sus expectativas, concuerda con sus valores, etc.

(ajuste persona – organización). En definitiva, la valoración de las condiciones de trabajo es más alta en los Países latinoamericanos que en España. Esto puede ser interpretado por el hecho de que en España la tendencia percibida va de más a menos, mientras que en algunos países latinoamericanos parece ser la contraria. Las diferencias observadas pueden tener que ver con factores objetivos, pero también con la vivencia subjetiva de la tendencia histórica percibida. En el grupo latinoamericano se encuentra más satisfecho con las condiciones de trabajo que el español, y por consiguiente también satisfecho con la tendencia percibida de los cambios que acontecen en el mundo sanitario. En el caso español, se puede interpretar que los pasos hacia atrás que está imponiendo la severidad de la crisis, están marcando la valoración actual de las condiciones de trabajo.

Levi (1984) destacó que situaciones de sobrecarga, falta de control sobre el trabajo y de apoyo social, acarrear un potencial riesgo para la salud. Cox, Griffiths y Rial-González (2005) identifican en referencia al contenido de trabajo, la carga/ritmo de trabajo como uno de los principales estresores de las características del mismo, igual que la escasa relación con superiores y la falta de apoyo social en el contexto laboral. Los resultados arrojan una excesiva carga del ritmo de trabajo, así como de los indicadores de acceso que empiezan a perjudicar en cantidad y calidad las relaciones personales en la organización. Este hecho supone eliminar el amortiguador natural del apoyo social ante el estrés, lo que representa un serio riesgo psicosocial (Cohen y Wills, 1985).

Por otra parte, los cambios organizacionales, exigen al profesional un constante esfuerzo de adaptación a las nuevas circunstancias, y este es un aspecto constante en el sector sanitario, donde en los últimos tiempos el *new management* introduce elementos conflictivos entre los valores puramente de servicios humanos y los puramente empresariales. El cambiante mundo del trabajo tiene un alto y profundo impacto en la dinámica de las organizaciones y puede llevar asociado riesgos potenciales que incidan sobre la salud y el bienestar (Cox et al., 2005).

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable demográfica sexo, en la escala de somatización, correspondiente al factor efectos colaterales. Las mujeres informan de más efectos de naturaleza somática (trastornos digestivos, dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda y tensiones musculares) que los hombres.

Resultados en la misma línea encuentran Cifré, Salanova y Franco (2011), donde exponen que las mujeres informan más sobre los efectos de las condiciones de trabajo y que junto con otros estresores asociados al rol femenino, tienen más probabilidad de padecer trastornos cardiovasculares. A ese respecto, cabe tener en cuenta también la concurrencia del factor género como variable cultural: el reconocimiento y la comunicación de problemas de salud y de enfermedad resulta culturalmente más fácil desde la asunción del rol de género femenino que desde la del masculino (Echebarría y Páez, 1989; Páez, Fernández y Mayordomo, 2000). Por lo general, el género femenino somatiza más el estrés y refiere más síntomas físicos y de dolor, mientras que el hombre expresa menos estas somatizaciones y canaliza más su estrés en forma de enojo o agresividad (Moral, Valdez, González, Alvarado y Gaona, 2010).

Los resultados obtenidos y expuestos confirman la hipótesis general del trabajo, concerniente al doble signo de las repercusiones de las nuevas condiciones del trabajo médico en la experiencia laboral de los profesionales de la medicina: Por el lado positivo, los participantes mostraron un gado notable de bienestar subjetivo, de satisfacción laboral y de engagement o vinculación y compromiso con la organización y con la profesión. Por el negativo, aparecieron indicios preocupantes de mala salud ocupacional, efectos colaterales psicofisiológicos, distrés, burnout e insatisfacción laboral, asociados especialmente a la presión asistencial y a la consiguiente sobrecarga de trabajo y al déficit de tiempo para realizarla.

Asimismo, los resultados del análisis de contenido temático y la prueba de significación R y D de Cohen sobre la escala de regulación del qCT confirman que, una de las consecuencias de la intensificación del trabajo (sobrecarga) es la presión del tiempo, que reduce las relaciones sociales, en cantidad y calidad, tanto con colegas como usuarios/pacientes.

Por otra parte, los resultados del análisis de frecuencias, la prueba de correlación de entorno material con bienestar psicosocial y la prueba de regresión de bienestar psicosocial sobre organización y entorno material, confirman la hipótesis de que, a mayor valoración del entorno material del trabajo (recursos estructurales), mayor bienestar psicosocial percibido y por ende, menores efectos colaterales.

Los resultados de la prueba de regresión de bienestar psicosocial y efectos colaterales sobre adaptación persona organización, confirman parcialmente la hipótesis

de que los profesionales de la medicina que mejor se adapten a la organización (alta puntuación en la escala de adaptación persona- organización) percibirán menos efectos colaterales en la salud y puntuarán mejor en bienestar laboral general. Se corroboró la relación entre adaptación persona- organización y bienestar psicosocial, pero solamente se aportan indicios en lo que concierne a los efectos colaterales.

Las pruebas estadísticas realizadas ponen de manifiesto igualmente que los profesionales de la medicina que puntuaron más alto en afectos, competencias y expectativas, percibieron también un ambiente social más positivo en su entorno de trabajo. Asimismo, se corroboró que aquellos profesionales con alta somatización, desgaste y alineación percibieron un ambiente social más negativo.

Las limitaciones de este trabajo han venido en parte determinadas por la dificultad de acceso al colectivo médico en el trabajo de campo, que ha condicionado el diseño y el procedimiento empleados en la investigación. Por otra parte, la pluralidad metodológica empleada aporta una riqueza de perspectivas del análisis realizado. Pero a pesar de ello, los resultados alertan del riesgo al acceso de los recursos sociales y el largo camino que tiene la organización sanitaria para convertirse en verdaderamente saludable.

## REFERENCIAS

---

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003). *Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades europeas.

Agulló, E.; Alvaro, J. L.; Garrido, A.; Medina, R. & Schweiger, I. (Eds.) (2012). *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*. Oviedo: Ediuino.

Aldunate, C., Ansoleaga, E., Artaza, O., Arteaga, O., Caravantes, R., Barría, MS., Doniez, V., Durán, G., Fuentes, L., Godoy, L., Páez, A., Rosales, C., Sepúlveda, H., Stecher, A., Toro, JP. & Zanga, R. (2012). El contexto de las reformas y la calidad de vida laboral en salud. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. & Franco, S. (2005). Factores psicosociales y burnout en médicos de familia. México. *Anales de la facultad de medicina*, 66(3), 225-231.

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners, *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-41.

Bakker, A.B., Demerouti, E. & Schaufeli, W.B. (2003). Dual processes at work in a call centre: an application of the Job Demands-Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 393-417.

Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufeli, W.B. & Schreurs, P. (2003). A multi-group analysis of the job Demands-Resources model in four home care organizations. *International journal of Stress Management*, 10, 16-38.

Bakker, A. B., Demerouti, E. & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83-104.

Bakker, A.B., Demerouti, E. & Euwema, M.C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-80.

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007), The job Demands – Resources model: state of art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.

Blanch, JM. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. In. Blanch, JM. (Coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales. Vol.1. Fundamentos*, (13 148). Barcelona: Editorial UOC.

Blanch, JM. (2007). Psicología Social del Trabajo. En Aguilar, M. & Reid, A. (Coords.). *Tratado de Psicología Social. Perspectivas Socioculturales*. (pp.210-238.). México -Barcelona: Anthropos – UAM.

Blanch, JM. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales Bajo la Nueva Gestión. *FOCAD*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Blanch, JM. (2012). Trabajar y Bienestar. In Blanch, J. M. (Coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales*. (4-101). Barcelona: FUOC. (e. p).

Blanch J. & Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana. En Wittke, T. y Melogno, P. (Comps.). *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. (pp.191-209). Montevideo: Psicolibros.

Blanch, JM. & Stecher, A. (2010). Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. La modernización de los sistemas de salud desde la perspectiva del personal sanitario. Un estudio iberoamericano. En M.A. Carrillo (Coord.). *Psicología y*

trabajo: *Experiencias de investigación en Iberoamérica*. México. U.A. Querétaro. 88-104.

Blanch, JM.; Crespo, J.L. & Sahagún, M.A. (2012). Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud* (pp.176-182). Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).

Blanch, JM.; Ochoa, P.J. & Sahagún, M.A. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud* (pp.165-175). Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).

Blanch, JM., Sahagún, M. & Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*, 26 (3), 175-189.

Blanch, JM., Sahagún, M.A., Cantera, L. y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 26 (2), 157-170.

Brock, D. (1993 - 1997). Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética Médica (Cáp. 8) En Sen, A. & Nussbaum, M. (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Bruner, E. & Stenfelds, S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in whitehall ii (prospective cohort) study. *BMJ*, 314:558.

Cordes, CL. & Dougherty, TW. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.

Dale, J., & Milner, G. (2009). New ways not working? Psychiatrists attitudes. *Psychiatric Bulletin*, 33(6), 204-207.

Eurofound (2009). *Condiciones de trabajo en la Unión Europea. Tiempo de trabajo e intensidad del trabajo*. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.es/publications/htmlfiles/ef0927.htm>.

Freeborn, DK. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West Journal Medicine*, 174, 13-18.

Freudenberguer, H. J. (1974): Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote, J.C. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro*. Madrid: Díaz de Santos.

Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P. R. & Moreno-Jiménez, B. (Coords.) (2007). *El Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.

González, R. & de la Gándara, J. (2004). *El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid: Novartis.

Homedes, N. & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 54-62.

Homedes, N. & Ugalde, A. (2005a). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(3), 202-209.

Homedes, N. & Ugalde, A. (2005b). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3), 210-220.

ILO (1986). *Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Occupational Safety and Health Series*, 56. Geneva: International Labor Organization.

Keyes, L. & Corey. M. (1998). Social Well-Being. *Social psychology Quarterly* 61.121-140.

Laín, P. (1990). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat (Versión original 1984).

Larsen, D., & Stamm, B. H. (2008). Professional quality of life and trauma therapists. In P. A. Linley (Ed.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. (pp. 275-293). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

Lepnurm, R., Lockhart, W. S., & Keegan, D. (2009). A measure of daily distress in practising medicine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (3), 170-180.

MacCulloch, T., & Shattell, M. (2009). Clinical supervision and the well-being of the psychiatric nurse. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (9), 589-590.

McGlone, S.J. & Chenoweth, I.G. (2001). Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Medical journal of Australia*, 175 (2). 88-91.

Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997): *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey Bass.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, R., Gálvez, M. y Garrosa, E. (2005). Aspectos psicosociales de la práctica clínica. *Atención primaria y Salud Mental*, (8), 12-20.

Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región de Maule. *Universum*, 22(2), 177-193.

Noval, R. (2002). *Aspectos médicos éticos y legales*. Recuperado de <http://www.amaportal.com/cgi-sys/suspendedpage.cgi>

Ochoa, P. (2012). *Significado del trabajo en profesionales de la medicina. Un estudio iberoamericano*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: UAB.

Ogiwara, S., & Araki, H. (2006). Job satisfaction among physiotherapists in Ishikawa prefecture, Japan. *Journal of Physical Therapy Science*, 18(2), 127-132.

Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R. & Gómez, M.D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, (22), 117-129.

Peiró, J.M. (1992). *Psicología de la Organización*. Madrid: UNED.

Peiró, J. M., Silla, I., Sanz, T., Rodríguez, J., & García, J. L. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. *Psiquis*, 25(4), 5-16.

Quick, J.C. & Tetrick, L.E. (Eds.). (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Riley, B., & Connolly, P. (2007). A profile of certified therapeutic recreation specialist practitioners. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(1), 29-46.

Ross, I.C., Zander, A. (1957), Need satisfactions and employee turnover. *Personnel Psychology*, 10(3), 327-338.

Salanova, M., Bakker, A., & Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for a gain spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7, 1-22.

Seligman, M.E.P. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf. (reissue edition, 1998, Free Press.

Trowell, J., Davids, Z., Miles, G., Shmueli, A., & Paton, A. (2008). Developing healthy mental health professionals: What can we learn from trainees? *Infant Observation*, 11(3), 333-343.



Warr, P.B. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford, UK: Clarendon.

Warr, P.B. (1990). The measurement of well-being and other aspects on mental health. *Journal of occupational psychology*, 63, 193-210.

Warr, P.B. (1992). Job Features and excessive stress. En Jenkins, R. & Coney, N. (eds.). *Prevention of Mental Ill Health at work*. HMSO. Londres.

Warr, P.B. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and stress*, 8, 84-97.

Warr, P. B. (2003). Well-being and the workplace. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz. (Eds.): *Well-being. The foundations of hedonic psychology* (pp. 392-412). New York: Russel sage foundation.

Warr, P. B. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. New Jersey. Lea.