

El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el *burnout* y el clima organizacional

Armand Grau^a, Rosa Suñer^b y Maria M. García^c, en nombre del Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona*

^aHospital de Figueres. Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación. Figueres. Girona. España.

^bHospital Universitario Dr. Josep Trueta. EUE, Universidad de Girona. Girona. España.

^cHospital Universitario Dr. Josep Trueta. Instituto de Investigación Biomédica de Girona. Girona. España.

*Al final del artículo se ofrece la relación de miembros del Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona.

Correspondencia: Dr. Armand Grau Martín.

Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación. Hospital de Figueres.

Rector Aroles, s/n. 17600 Figueres. Girona. España.

Correo electrónico: grauma@comg.es

Resumen

Objetivo: Conocer la autoevaluación del grado de optimismo de los trabajadores sanitarios hospitalarios, y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud, el síndrome del desgaste profesional y el clima organizacional de la empresa.

Pacientes y método: Estudio observacional transversal descriptivo en una muestra de 1.086 trabajadores sanitarios hospitalarios. Se cuantificó el grado de optimismo mediante una escala analógica visual de 0 (nada optimista) a 10 (totalmente optimista) con las respuestas a la pregunta "¿se considera una persona optimista?". La puntuación de optimismo se codificó como nivel de optimismo inferior (NoI) para valores de 0 a 5; nivel de optimismo medio (NoM), entre 6 y 8, y nivel superior (NoS), para los valores 9 y 10. Se estudió el clima organizacional de la empresa, el desgaste profesional (Maslach Burnout Inventory) y la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36).

Resultados: La mediana de optimismo fue 7 con un percentil 25 de 6 y un percentil 75 de 8. Un 19,2% se clasificó como NoI y un 18%, como NoS. Las personas con un mayor nivel de optimismo tuvieron mayores puntuaciones en calidad de vida en todas las dimensiones del SF-36, menor desgaste profesional y una mejor percepción del clima organizacional.

Conclusiones: La autovaloración de los trabajadores sanitarios tuvo una tendencia hacia los valores altos de optimismo. Se observaron mejores resultados en las tres escalas medidas a mayor nivel de optimismo. El optimismo debe ser una variable a controlar en los estudios de valoración de la salud percibida y de desgaste profesional.

Palabras clave: Calidad de vida. Agotamiento profesional. Satisfacción en el trabajo. Recolección de datos. Optimismo.

Introducción

En los últimos años se está prestando especial interés al conocimiento de los aspectos positivos de la condición humana, en contraste con la tendencia previa de estudiar sólo lo deficitario, problemático o negativo¹. El optimismo se puede considerar como uno de estos aspectos positivos.

Está en discusión si el optimismo y el pesimismo son los polos opuestos de una simple dimensión bipolar (más optimista

Abstract

Objectives: To identify self-reported levels of optimism in hospital health workers and to study its relationship with health-related quality of life, burnout syndrome, and the hospital's organizational environment.

Patients and method: We performed an observational, descriptive, cross-sectional study in a sample of 1,086 hospital health workers. The level of optimism was quantified through a visual analog scale from 0 (not at all optimistic) to 10 (totally optimistic) in which the workers responded to the question "Do you consider yourself to be an optimistic person?" The optimism score was codified so that levels from 0 to 5 were considered to indicate a low level of optimism, values from 6 to 8 to indicate medium levels of optimism, and scores of 9 and 10 to indicate a high level of optimism. The relationship between optimism and the hospital's organizational environment, burnout syndrome (Maslach Burnout Inventory), and health-related quality of life (SF-36 health questionnaire) was studied.

Results: The median level of optimism was 7 with a 25th percentile of 6 and 75th percentile of 8. A total of 19.2% were classified as having a low level of optimism and 18% as having a high level of optimism. High levels of optimism corresponded to better quality of life in all aspects of the SF-36, lower levels of occupational burnout and a more favorable perception of the organizational environment.

Conclusions: The health workers' self-evaluation tended toward high scores for optimism. Better results were found in the three scales measured when optimism was higher. Optimism is a factor that should be taken into account in studies evaluating perceived health and occupational burnout.

Key words: Quality of life. Occupational burnout. Job satisfaction. Data collection. Optimism.

como equivalente de menos pesimista), o representan dos dimensiones diferentes estrechamente relacionadas^{2,3}, de modo que el pesimismo no sería necesariamente la ausencia de optimismo.

Se considera que existen tanto factores ambientales como genéticos que pueden facilitar o dificultar la capacidad de ser optimistas⁴.

Se han conceptualizado dos tipos principales de optimismo: el optimismo disposicional y el estilo explicatorio optimista^{5,6}.

El optimismo disposicional se puede ejercitar como filosofía de la vida, y consiste en creer que generalmente pasarán cosas buenas y los sucesos malos serán escasos⁷. Para que el optimismo sea positivo ha de acompañarse de la esperanza de que los objetivos pueden conseguirse si el individuo se lo propone y utiliza todos los medios a su alcance para lograrlos⁸.

El optimismo global resulta del conjunto de todos y cada uno de los pequeños optimismos fraccionados, de la suma de todas las esperanzas. La expectativa de que las acciones pueden llevar a un resultado deseable y asumible se convierte en un motor que induce a realizar lo necesario para conseguir este resultado. La visión contraria, considerar la meta inalcanzable, inclina al abandono del objetivo y a la pasividad.

El estilo explicatorio optimista se fundamenta en la observación de la diferente respuesta ante acontecimientos adversos entre quienes explican el proceso con una visión optimista y quienes lo hacen con visión pesimista⁹. Los optimistas no se consideran responsables directos del hecho, no son los causantes y no se culpabilizan. Valoran una determinada situación como un proceso transitorio, pasajero, no definitivo, y siempre individualizan el hecho, sin extenderlo y generalizarlo al resto de los actos de su vida.

En nuestro conocimiento, no se han realizado estudios en trabajadores sanitarios que valoren su grado de optimismo y lo relacionen con aspectos de la vida laboral o con la percepción de salud.

El objetivo de este trabajo fue conocer la autoevaluación del grado de optimismo en una población de trabajadores sanitarios hospitalarios, y estudiar su relación con la calidad de vida relacionada con la salud, el síndrome del desgaste profesional y el clima organizacional de la empresa.

Sujetos y método

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo.

Población

El estudio se realizó en 5 hospitales de la provincia de Girona: en 4 hospitales de ámbito comarcal, ubicados en Figueres, Olot, Palamós y Blanes, y en el Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Incluimos a todos los trabajadores sanitarios en activo en el momento del estudio (mayo y junio de 2002). Se excluyó a los trabajadores con funciones no sanitarias.

Previamente al inicio del estudio, los investigadores de cada hospital (médicos y enfermeras) informaron a sus compañeros de los objetivos y metodología del estudio y solicitaron su colaboración. La encuesta se entregó personalmente o por compañeros de trabajo. La recogida se realizó de manera anónima mediante buzones instalados en diversas zonas de los hospitales.

Encuesta

La encuesta era anónima y constaba de un cuestionario general de elaboración propia, el Cuestionario de Salud

SF-36, el Inventario Burnout de Maslach, y un cuestionario sobre clima organizacional.

El cuestionario general recogió información de variables sociodemográficas (sexo, edad, vivir en pareja, nivel de estudios, número de hijos), tener una persona mayor a su cuidado, padecer una enfermedad crónica, ser fumador o no, y los años de profesión. También se recogió información sobre el uso asiduo de medicación tranquilizante o antidepresiva, horas de ocio semanales y práctica deportiva.

El optimismo se valoró mediante una escala analógica visual numerada del 0 al 10. Entre las preguntas del cuestionario general aparecía una con el siguiente enunciado: "¿Se considera una persona optimista? Marque la puntuación que crea más adecuada entre 0 y 10, considerando el valor 0 como nada optimista y el valor 10 como totalmente optimista". Posteriormente, las valoraciones de optimismo entre 1 y 5 se recodificaron como "nivel de optimismo inferior" (NoI); las valoraciones entre 6 y 8, como "nivel de optimismo medio" (NoM), y las valoraciones del grado de optimismo de 9 y 10, como "nivel de optimismo superior" (NoS).

La calidad de vida relacionada con la salud se valoró mediante el Cuestionario de Salud SF-36, un instrumento genérico de calidad de vida que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Para cada dimensión los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala desde 0 a 100 (de peor a mejor calidad de vida percibida)¹⁰⁻¹².

El síndrome de desgaste profesional se estudió mediante el Inventario Burnout de Maslach (MBI), en la versión española de Seisdedos¹³. Consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario consta de tres dimensiones: Cansancio emocional, con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; Despersonalización, con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes, y Realización personal, con 8 ítems, expresa sentimientos de competencia y éxito. En esta última dimensión, los valores bajos son indicativos del síndrome de desgaste profesional, mientras que, en las dos anteriores, los valores altos son indicativos de desgaste profesional.

Evaluamos el clima organizacional¹⁴ mediante un cuestionario de respuestas tipo Likert con 5 opciones en relación con el grado de acuerdo con las afirmaciones del cuestionario (desde "nada" hasta "totalmente"). Este cuestionario explora cinco apartados: Autonomía en el trabajo (decisiones, iniciativas, flexibilidad) de 3 a 15 puntos; Equipo de trabajo (relaciones con compañeros y jefe inmediato, coordinación, comunicación) de 4 a 20 puntos; Incentivos (de formación, promoción y económicos) de 3 a 15 puntos; Organización en conjunto (dirección de la empresa, comunicación entre estamentos, relaciones en la empresa) de 3 a 15 puntos, y Utilidad del trabajo (para los pacientes, empresa, sociedad) de 4 a 20 puntos.

Análisis estadístico

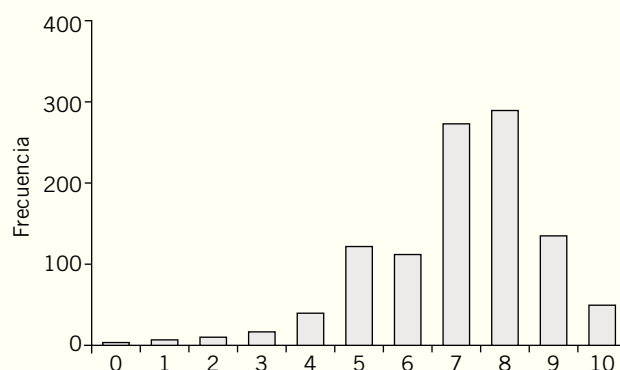
Se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 8.0 para Windows. Cuando un sujeto no respondió a una pregunta del cuestionario, la dimensión de la encuesta que contenía esa pregunta no se tuvo en consideración en el análisis. Las variables cualitativas se han expresado en porcentaje. Las variables cuantitativas se han descrito como media y desviación estándar (DE) para una mejor comprensión de los resultados, aunque la distribución no sea normal. La comparación de las variables cualitativas en relación con los tres niveles de optimismo se realizó con la prueba de la χ^2 , y se utilizó el test de Kruskal-Wallis para la comparación de las variables cuantitativas. Para estimar el efecto de las diferentes categorías de optimismo sobre los valores medios de calidad de vida (SF-36), desgaste profesional y clima organizacional se utilizó un modelo lineal general. Se estimaron diferentes modelos para cada una de las ocho dimensiones del SF-36, para las tres dimensiones de desgaste profesional y para las cinco dimensiones del clima organizacional. Todos los modelos se ajustaron por edad, sexo, estudios universitarios, vivir en pareja, presencia de enfermedad crónica, práctica deportiva y número de horas de ocio, variables que se consideraron relevantes desde el punto de vista epidemiológico en relación con los tres aspectos estudiados. Valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos en todos los análisis.

Resultados

La plantilla de los cinco hospitales estaba formada por 2.290 trabajadores sanitarios, de los que 1.095 (47,8%) cumplieron la encuesta. Valoraron su optimismo 1.086 de los trabajadores que contestaron la encuesta y 9 dejaron la escala analógica de optimismo sin ninguna puntuación.

El mínimo valor adjudicado fue 0; el máximo, 10; la media \pm desviación estándar fue de $7,05 \pm 1,7$; la mediana fue

Figura 1. Valores de la escala analógica visual de autoevaluación del optimismo.



de 7 con un percentil 25 de 6 y un percentil 75 de 8. La figura 1 muestra la distribución de frecuencias de cada puntuación.

El 19,2% de los trabajadores valoró su optimismo entre 1 y 5, que se clasificó como NoI; el 62,9% lo valoró entre 6 y 8 y se clasificó como NoM, y el 18% valoró su grado de optimismo en 9 o 10 y se definió como grupo de NoS.

Sólo encontramos diferencias estadísticas significativas entre los tres grupos de valoración del optimismo en cuatro de las variables estudiadas. Los más optimistas dedicaban más tiempo al ocio y tenían tendencia a realizar más actividad deportiva. En el nivel medio de optimismo se observó un mayor porcentaje de universitarios. Sin embargo, entre quienes consumían medicación psicoactiva había un mayor porcentaje de no optimistas (tabla 1).

Se observaron diferencias según el grado de optimismo en las valoraciones de todas las dimensiones del cuestionario

Tabla 1. Variables personales relacionadas con los distintos grados de optimismo

	Optimismo			p
	NoI	NoM	NoS	
Medicación psicoactiva, n (%) ^a				
Sí	43 (33,3)	69 (53,5)	17 (13,2)	< 0,001
No	161 (17,2)	602 (64,2)	175 (18,6)	
Actividad deportiva, n (%) ^a				
Sí	92 (16,4)	361 (64,3)	108 (19,3)	0,061
No	112 (22)	310 (60,9)	87 (17,1)	
Estudios universitarios, n (%) ^a				
Sí	125 (16,4)	510 (67)	126 (16,6)	< 0,001
No	80 (25,2)	170 (53,4)	68 (21,4)	
Horas de ocio semanales ^b	12,3 \pm 11,8	14 \pm 12,5	17,8 \pm 16,5	0,002

NoI: nivel de optimismo inferior; NoM: nivel de optimismo medio; NoS: nivel de optimismo superior.

^aPrueba de la χ^2 .

^bMedia \pm desviación estándar, prueba de Kruskal-Wallis.

Tabla 2. Dimensiones del SF-36 y optimismo

	Optimismo			p
	NoI	NoM	NoS	
Función física	87,7 ± 14,0	91,8 ± 11,6	92,4 ± 14,0	< 0,001
Rol físico	69,1 ± 38,2	81,6 ± 30,8	88,6 ± 24,3	< 0,001
Dolor corporal	66,7 ± 23,4	72,9 ± 21,6	77,1 ± 21,6	< 0,001
Salud general	66,3 ± 17,3	75,1 ± 17,0	79,7 ± 16,4	< 0,001
Vitalidad	50 ± 19,4	61,9 ± 17,6	72,6 ± 16,4	< 0,001
Función social	74,4 ± 24,7	83,9 ± 20,1	90,3 ± 15,5	< 0,001
Rol emocional	69,4 ± 41,0	85,5 ± 29,5	91,8 ± 22,0	< 0,001
Salud mental	61,2 ± 19,0	72,1 ± 15,0	81,2 ± 14,2	< 0,001

NoI: nivel de optimismo inferior; NoM: nivel de optimismo medio; NoS: nivel de optimismo superior.
Media ± desviación estándar, prueba de Kruskal-Wallis.

SF-36, con una mayor calidad de vida relacionada con la salud cuanto mayor era el nivel de optimismo, especialmente en las dimensiones asociadas al componente mental, como son vitalidad, rol emocional y salud mental (tabla 2).

Al comparar los valores de las dimensiones del MBI atendiendo a la clasificación del optimismo, observamos que a mayor nivel de optimismo corresponden puntuaciones más bajas en las dimensiones Cansancio emocional y Despersonalización, y puntuaciones más altas en la valoración de la Realización personal (fig. 2). La significación estadística obtenida para las diferencias en las tres dimensiones del MBI, según los tres niveles de optimismo, fue de $p < 0,001$.

En la valoración del clima organizacional de la empresa, los más optimistas valoraron mejor los aspectos del ámbito laboral que los menos optimistas, aunque con diferencias re-

lativamente pequeñas. De todos modos, estas diferencias tuvieron significación estadística para Autonomía, Equipo y Utilidad ($p < 0,001$), para Incentivos ($p = 0,013$) y para Organización ($p = 0,025$). Ligeramente modulado por el nivel de optimismo, el total de la muestra de trabajadores sanitarios expresó una tendencia uniforme al puntuar alto o bajo en cada dimensión del clima organizacional (fig. 3). De esta manera, Utilidad del trabajo y Equipo de trabajo tuvieron una buena evaluación por el conjunto de los encuestados. Por el contrario, Incentivos y Organización tuvieron una mala evaluación, incluso entre los más optimistas.

En el estudio multivariante (tabla 3), los trabajadores sanitarios clasificados en el grupo de NoI presentaron estimaciones inferiores estadísticamente significativas en todas las dimensiones del SF-36 y del Clima organizacional, así como en la dimensión Realización personal del MBI, en relación con los trabajadores pertenecientes al grupo de NoS (categoría de referencia). En las otras dos dimensiones del MBI tuvieron coeficientes positivos y, por lo tanto, valores medios más altos de *burnout* que sus compañeros de referencia.

Los trabajadores con un NoM mostraron resultados similares, aunque con menores diferencias en relación también con el grupo de NoS. Mantuvieron la significación estadística en todas las dimensiones estudiadas menos en Función física, Rol emocional e Incentivos (tabla 3).

Discusión

En general, la población de trabajadores sanitarios hospitalarios estudiada se consideró optimista, porque un porcentaje menor del 8% evaluó su optimismo por debajo de 5, y los valores más frecuentes correspondieron a la calificación que podríamos definir como "notable". La autovaloración del optimismo mantiene la tendencia optimista vital habitual en las encuestas de bienestar, o bien refleja la acepción de que los individuos son optimistas a menos que haya alguna razón para no serlo⁵.

Figura 2. Valores de las dimensiones del MBI (Inventario Burnout de Maslach) según los niveles de optimismo.

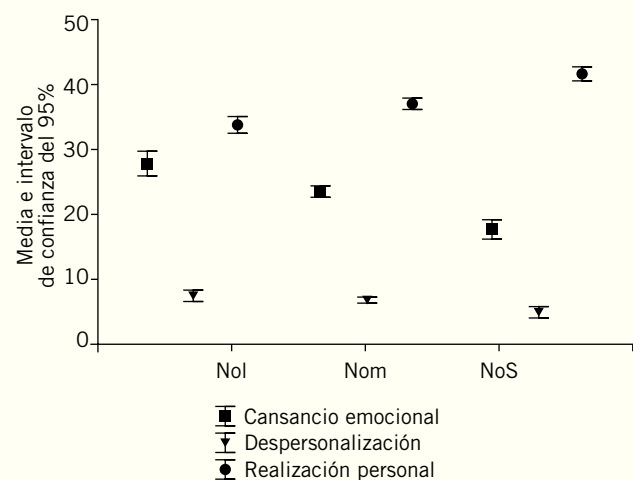
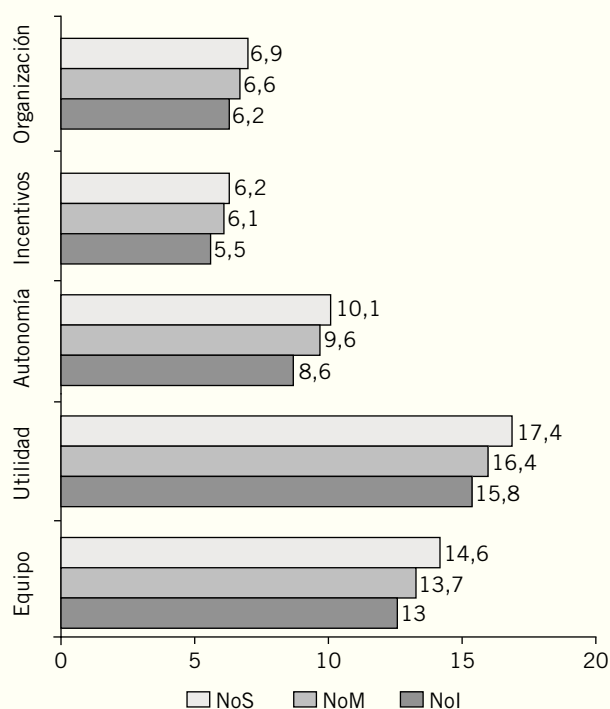


Figura 3. Puntuaciones del clima organizacional según nivel de optimismo.



NoI: nivel de optimismo inferior; NoM: nivel de optimismo medio; NoS: nivel de optimismo superior.

En nuestro estudio, los más optimistas tuvieron percepciones de salud más satisfactorias que los menos optimistas en todas las dimensiones del SF-36.

Otro estudio describió una asociación entre optimismo y las dimensiones vitalidad, salud mental, salud general y dolor corporal, pero el optimismo no se asoció al resto de las dimensiones del SF-36¹⁵. Una mejor calidad de vida relacionada con la salud entre los más optimistas se ha observado en pacientes con cáncer del tracto aerodigestivo superior^{16,17}. Por otra parte, en pacientes con hepatitis crónica por virus C se observó una asociación entre pesimismo y peores puntuaciones en las dimensiones del SF-36¹⁸.

Nuestros resultados pueden estar influidos por el estado de ánimo en el momento de contestar simultáneamente el cuestionario de salud y la escala analógica de valoración del optimismo¹⁹. Sin embargo, otros autores ya concluyeron, al estudiar la calidad de vida relacionada con la salud 30 años después de determinar el estilo explicatorio, que los sujetos con explicación pesimista tenían inferiores puntuaciones que los optimistas en todas las dimensiones del SF-36²⁰. Además, los mismos autores hicieron una valoración de la mortalidad, a los 30 años de determinar el estilo explicatorio, observando que los optimistas tuvieron menor riesgo de muerte²¹.

De hecho, ya en estudios previos se ha observado que el estilo explicatorio pesimista predijo la presencia de una en-

fermedad física dos o tres décadas después²². En enfermedades específicas muy prevalentes, como la cardiopatía isquémica, los optimistas tuvieron menos morbilidad y mortalidad que los pesimistas en un seguimiento de 10 años²³. Un estudio reciente en personas mayores de 65 años concluyó que los optimistas tenían menor mortalidad cardiovascular y por todas las causas⁶.

En consecuencia, y a la vista de los estudios anteriormente citados, el grado de optimismo no modifica sólo las percepciones de salud, sino también los datos objetivos relacionados con ella. Este hecho se puede explicar en parte porque la calidad de vida relacionada con la salud también predice de manera independiente la utilización de los servicios de atención primaria, la hospitalización y la mortalidad a los 6 años²⁴. Por otra parte, el optimismo se ha asociado a un mejor funcionamiento del sistema inmunitario^{4,5,25} y a conductas promotoras de la salud^{4,5,26}. Por el contrario, el pesimismo se ha asociado al abandono de las medidas preventivas, a un peor cumplimiento de las prescripciones médicas y a la depresión^{27,28}, teniendo en cuenta que la depresión por sí sola está claramente asociada a la mortalidad cardiovascular y por todas las causas²⁹⁻³². Como dice Seligman²⁷, no está claro si el pesimismo acorta la vida, si el optimismo la prolonga o si suceden ambas cosas.

En relación con el síndrome de desgaste profesional, se ha observado una evidente gradación en la valoración de las tres dimensiones del MBI. Menores niveles de cansancio emocional y de despersonalización entre los más optimistas y, en cambio, mayores niveles de realización personal cuanto mayor es el grado de optimismo. Un estudio reciente demostró que el optimismo tuvo más fuerza que el propio estrés en la predicción de las dimensiones del síndrome de desgaste profesional³³. En otro trabajo, el optimismo se asoció a bajos niveles de desgaste profesional en condiciones de bajos recursos, de manera opuesta al pesimismo³⁴. La satisfacción profesional puede influir en la percepción de desgaste profesional y en las valoraciones del clima organizacional; es conocida la significativa asociación positiva entre las puntuaciones de optimismo y de satisfacción profesional³⁵. De modo más genérico, el optimismo también se ha asociado a una adaptación más efectiva ante situaciones estresantes³⁶.

En nuestros resultados, los trabajadores sanitarios más optimistas tienden a evaluar mejor todas las escalas y a dar respuestas más positivas en los cuestionarios. Conocer el grado de optimismo declarado por los encuestados es importante para situar el nivel medio de optimismo obtenido en la muestra y para considerar una posible desviación negativa o positiva según el predominio de personas con un nivel bajo de optimismo o con un nivel alto de optimismo. En las valoraciones de estados subjetivos consideramos que es tan importante conocer el estado del optimismo como la edad, el sexo³⁷, el estado familiar o el nivel de estudios o laboral de los encuestados. En ocasiones, las diferencias observadas en una dimensión entre quienes se consideran más optimistas y los menos optimistas son pequeñas, y se aprecia que incluso los optimistas tienden a puntuar bajo (como ocurrió en Incentivación o en la valoración global de la Organización en nuestro

Tabla 3. Efecto del optimismo en las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36, Inventario Burnout de Maslach y Cuestionario de Clima Organizacional^a

Variable dependiente	NoI, coeficiente (EE)	p	NoM, coeficiente (EE)	p
SF-36				
Función física	-3,47 (1,24)	0,005	-1,92 (0,99)	0,054
Rol físico	-17,31 (3,81)	< 0,0001	-6,25 (3,04)	0,04
Dolor corporal	-7,66 (2,62)	0,04	-4,96 (2,08)	0,017
Salud general	-9,11 (1,94)	< 0,0001	-4,65 (1,55)	0,003
Vitalidad	-20,45 (2,11)	< 0,0001	-10,46 (1,68)	< 0,0001
Función social	-11,41 (2,5)	< 0,0001	-5,52 (1,99)	0,006
Rol emocional	-18,26 (3,85)	< 0,0001	-4,09 (3,07)	0,18
Salud mental	-18,46 (1,91)	< 0,0001	-9,25 (1,51)	< 0,0001
Burnout				
Cansancio emocional	9,05 (1,36)	< 0,0001	4,65 (1,09)	< 0,0001
Despersonalización	2,10 (0,62)	0,001	1,59 (0,50)	0,001
Realización personal	-6,63 (1,00)	< 0,0001	-4,09 (0,80)	< 0,0001
Clima organizacional				
Autonomía	-1,72 (0,32)	< 0,0001	-0,83 (0,26)	0,001
Equipo	-1,38 (0,42)	0,001	-0,96 (0,33)	0,004
Incentivos	-0,66 (0,27)	0,01	-0,30 (0,21)	0,16
Organización	-0,81 (0,29)	0,005	-0,48 (0,23)	0,036
Utilidad	-1,53 (0,32)	< 0,0001	-1,16 (0,25)	< 0,0001

La categoría de referencia es el nivel de optimismo superior (NoS).

NoI: nivel de optimismo inferior; NoM: nivel de optimismo medio; EE: error estándar.

^aModelo lineal generalizado ajustado por edad, sexo, estudios universitarios, vivir en pareja, presencia de enfermedad crónica, práctica deportiva y número de horas de ocio.

estudio), o bien los no optimistas tienden a puntuar alto (es el caso de la Utilidad del trabajo). En estos casos de acercamiento de criterios, de casi concordancia o acuerdo, la puntuación obtenida gana fuerza, de modo que una dimensión mal puntuada, incluso por los más optimistas, refleja la presencia de un problema.

Las principales limitaciones de esta investigación se deben, por una parte, al diseño transversal del estudio, que no permite establecer relaciones de causalidad y, por otra, a que el instrumento de medición del optimismo utilizado es global y, por lo tanto, no disponemos de información sobre los resultados de cada subtipo de optimismo (disposicional o explicatorio).

En conclusión, consideramos que se debería tener en cuenta el nivel de optimismo de los encuestados al estudiar cuestionarios que incluyen valoraciones subjetivas. La evaluación del optimismo adquiere todavía más importancia en las situaciones en que tiene una implicación relevante, como ocurre en el síndrome del desgaste profesional y en el estudio de la salud percibida.

Miembros del Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona: Rosa Suñer, M. Mar García, Alfonso Viejo, Jordi Pujiula, Montserrat Puigdemont, Carme Bertrán, Joana Rodrigo, Maribel Vila, Joana Gonzaga, Angelina Albí, Dolors Bonet.

Hospital de Figueras: Armand Grau, Ramón Batalla, Anna Frigola, Cristina Serrabassa, Juan Carlos Sevilla.

Hospital de Palamós: Jordi García, Teresa Aliu, M. Roca Toda, Jeroni Domínguez.

Hospital de Blanes: Hubert Más, Margarita Crespo.

Hospital de Olot: Lluisa Privat, Esther Puigdemont, Roser Caparros, Miquel Carreras, Silvia Soler, Arola Armengou, Rosa Sacrest, Cristina Arcos.

Bibliografía

1. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An introduction. *Am Psychol.* 2000;55:5-14.
2. Marshall GN, Wortman CB, Kusulas JW, et al. Distinguishing optimism from pessimism: Relations to Fundamental Dimensions of Mood and Personality. *J Pers Soc Psychol.* 1992;62:1067-74.
3. Mroczek D, Spiro A, Aldwin C, et al. Construct Validation of Optimism and Pessimism in Older Men: Findings from the Normative Aging Study. *Health Psychol.* 1993;12:406-9.
4. Hernangómez L. Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2002;7:227-42.
5. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol.* 2000;55:44-55.

6. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, et al. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1126-35.
7. Scheier M, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cogn Ther Res*. 1992;16:201-28.
8. Snyder CR. *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press; 1994.
9. Buchanan G, Seligman M. *Explanatory Style*. Hillsdale: Erlbaum; 1995.
10. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:903-11.
11. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston: The Health Institute; 1994.
12. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
13. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones; 1997. p. 5-28.
14. Bardavio M, Molina JL. Encuesta de valoración del clima organizacional. OPS 1997. Universidad Autónoma de Barcelona [material no publicado].
15. Achat H, Kawachi I, Spiro A, et al. Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: the Normative Aging Study. *Ann Behav Med*. 2000;22:127-30.
16. Allison P, Guichard C, Gilain L. A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Qual Life Res*. 2000; 9:951-60.
17. Yu C, Fielding R, Chan C. The mediating role of optimism on post-radiation quality of life in nasopharyngeal carcinoma. *Qual Life Res*. 2003;12:41-51.
18. Moyer C, Fontana R, Hussain K, et al. The role of optimism/pessimism in HRQOL in chronic hepatitis C patients. *J Clin Psychol Med Set*. 2003;10:41-9.
19. Comín E. Validación de encuestas. *Aten Primaria*. 1990; 7:386-90.
20. Maruta T, Colligan R, Malinchoc M, et al. Optimism-Pessimism Assessed in the 1960s and Self-reported Health Status 30 Years Later. *Mayo Clin Proc*. 2002;77:748-53.
21. Maruta T, Colligan R, Malinchoc M, et al. Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:140-3.
22. Peterson C, Seligman M, Vaillant G. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55:23-7.
23. Kubzansky L, Sparrow D, Vokonas P, et al. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med*. 2001;63:910-6.
24. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2000;14:163-7.
25. Segerstrom S, Taylor S, Kemeny M, et al. Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74:1646-55.
26. Mulkana S, Hailey B. The role of optimism in health-enhancing behavior. *Am J Health Behav*. 2001;25:388-95.
27. Seligman M. Optimism, pessimism, and mortality. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:133-4.
28. Bromberger J, Matthews K. A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychol Aging*. 1996;11: 207-13.
29. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*. 1996;93:1976-80.
30. Covinsky KE, Kahana E, Marshall HC, et al. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med*. 1999;130:563-9.
31. Herrmann C, Brand-Driehorst S, Buss U, et al. Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5,057 patients referred for exercise testing. *J Psychosom Res*. 2000;48:455-62.
32. Hermann-Lingen C, Klemme H, Meyer T. Depressed mood, physician-rated prognosis, and comorbidity as independent predictors of 1-year mortality in consecutive medical inpatients. *J Psychosom Res*. 2001;50:295-301.
33. Chang E, Rand K, Strunk D. Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences*. 2000;29:255-63.
34. Rioli L, Savicki V. Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. *Int J Stress Manag*. 2003;10:235-52.
35. Al-Mashaan O. Associations among job satisfaction, optimism, pessimism, and psychosomatic symptoms for employees in the government sector in Kuwait. *Psychol Rep*. 2003;93:17-25.
36. Brisette I, Scheier M, Carver C. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82:102-11.
37. Santiñá M, Prat A, González M, et al. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17(4):217-23.