UNIVERSIDAD DE LEÓN

Departamento de Ciencias Biomédicas

TESIS DOCTORAL

RELACIÓN ENTRE LOS MODELOS DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LOS NIVELES DE ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

D. Manuel Frutos Martín

2014

UNIVERSIDAD DE LEÓN
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

TESIS DOCTORAL

RELACIÓN ENTRE LOS MODELOS DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LOS NIVELES DE ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

D. MANUEL FRUTOS MARTÍN

DIRECTORES: DR. D. JUAN JOSÉ GARCÍA VIÉITEZ
DR. D. JULIÁN JOSÉ SUSPERREGUI LESACA
DRA. Dª. MATILDE SIERRA VEGA

TESIS DOCTORAL
PROGRAMA DE DOCTORADO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LEÓN 2014

"Confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas a muchas amargas dificultades"

Miguel de Cervantes Saavedra
(El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha)

"De gente bien nacida es agradecer los beneficios que recibe"

Miguel de Cervantes Saavedra
(El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha)

Principios de Faraday

1. *Lleva siempre contigo un block de notas. Toma notas en cualquier momento.*
2. *Mantén constante comunicación con tus colegas.*
3. *Procúrate colaboradores con quienes puedas intercambiar ideas y opiniones.*
4. *Evita las controversias.*
5. *Verifica todo lo que te digan.*
6. *No generalices precipitadamente. Habla y escribe en la forma más precisa posible.*

Estos principios extraídos del libro *The Improvement of the Mind* de Isaac Watts *(1741)* rigieron la vida del físico Ingles Michael Faraday y he intentado tenerles presentes en esta investigación y a lo largo de toda mi vida profesional.

A Mª Paz, mujer que me inspira a diario, compañera
y siempre amiga, referente de excelencia
y ejemplo en esta apasionante profesión, la Enfermería.

A nuestros hijos Marta e Ignacio

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que, de forma directa o indirecta, consciente o inconsciente, han propiciado este trabajo, que se hace público con esta Tesis; trabajo que, además de intentar lograr el objetivo de profundizar en el estudio de un problema de interés socio-profesional y con aportaciones específicas, relevantes y novedosas, está fuertemente impregnado de la experiencia personal vivida como profesional en el ámbito sanitario y de las grandes aportaciones que se han producido en el proceso de relaciones humanas dentro del equipo de trabajo que desarrolla actividades de ayuda, cuidado, orientación, curación o, simplemente consuelo.

Mi agradecimiento especial a D. Juan José García Vieitez, que me ha dirigido en este trabajo con sabia paciencia, marcando una línea en la que no solo cuenta el desarrollo de la investigación sobre el tema seleccionado, sino el constante cuestionamiento y análisis del propio proceso de investigación, a fin de conseguir conclusiones más firmes y válidas, que produzcan un enriquecimiento en el proceso de profundización científica y, en definitiva, en el avance y desarrollo de las propias disciplinas y prácticas profesionales.

Igualmente quiero agradecer a los profesores de la Universidad de León Dres. D. Julián José Susperregui y Dª. Matilde Sierra, que han codirigido este trabajo, aportando su sabia experiencia investigadora y su constante refuerzo. A mis queridos compañeros docentes y a la vez grandes amigos de las Universidades de León y de Valladolid: Francisco Navas, Ángela Calle, José A. Iglesias, Mª Ángeles Ferrer, Mª Teresa Mingo, Mª Nélida Fernández, Mª José Díez, Ana Sahagún, Agustín, que generosamente me han regalado su tiempo, sus conocimientos y buen hacer en las distintas fases de la investigación.

Mi eterno agradecimiento a las personas que me han ayudado en los distintos centros en la gestión de cuestionarios con un gran esfuerzo personal y una gran dedicación. A Mª Paz, Lara, Marisa, Mª Jesús, Araceli, Roberto, Carmen, Emilio, Mª Soledad, Jesús, Raúl, Montserrat…. A las personas de las direcciones de enfermería que me han facilitado el acceso a los centros y a todas las personas (profesionales de enfermería) que con su colaboración anónima y sus valiosas aportaciones han hecho posible esta investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

Pág.

1. INTRODUCCIÓN..... 1

1.1.- Justificación..... 3

1.2.- El Estrés..... 13
1.2.1. Conceptualización..... 13
1.2.1.1 Antecedentes históricos..... 13
1.2.1.2 Definición del estrés..... 20
1.2.2. Enfoque transaccional del estrés..... 22
1.2.3. Respuesta del organismo al estrés..... 25
1.2.4. Consecuencias del estrés..... 26
1.2.4.1 Consecuencias físicas..... 26
1.2.4.2 Consecuencias psicosociales..... 27
1.2.5. Respuesta interactiva biopsicosocial al estrés..... 28

1.3.- El Estrés Laboral..... 31
1.3.1. Conceptualización..... 31
1.3.2. Modelos teóricos..... 34
1.3.2.1 Modelo de interacción entre demandas y control (Karasek, 1979)..... 34
1.3.2.2 Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social (Johnson y Hall, 1988; Karasek y Theorell, 1990)..... 35
1.3.2.3 Modelo de desajuste entre demandas y recursos (Harrison, 1983; Demerouti, et al, 2001)..... 37
1.3.2.4 Modelo de desajuste entre esfuerzo y recompensa (Siegrist, 1996a)..... 38
1.3.2.5 Modelo centrado en las estrategias de dirección y sistemas de recursos humanos (Matteson e Iváncevich, 1987)..... 39
1.3.3. Fuentes del estrés laboral..... 42
1.3.3.1 Demandas del trabajo..... 42
1.3.3.2 Características de la persona..... 44
1.3.4. Manifestaciones del estrés laboral..... 45
1.3.5. Estrés laboral en la enfermería hospitalaria..... 45

1.4.- El síndrome de burnout..... 49
1.4.1. Conceptualización..... 49
1.4.2. Desarrollo del síndrome de burnout..... 54
1.4.3. Modelos teóricos sobre la etiología del síndrome de burnout..... 56
1.4.3.1 Modelos etiológicos desde la teoría socio-cognitiva del yo... 56
1.4.3.2 Modelos etiológicos desde la teoría del intercambio social... 57
1.4.3.3 Modelos etiológicos desde la teoría organizacional..... 58
1.4.4. Prevalencia del síndrome de burnout en el sector sanitario..... 59
1.4.5. Síndrome de burnout y Enfermería..... 61
1.4.5.1 Asociación del síndrome con la actividad enfermera..... 61

1.4.5.2 Factores determinantes del síndrome de burnout en la enfermería hospitalaria..... 62
1.4.5.3 Principales estresores laborales predictores del síndrome de burnout..... 65
1.4.6. Consecuencias del síndrome de burnout..... 75

1.5.- Factores psicosociales y síndrome de burnout..... 83
1.5.1. Los factores de riesgo psicosocial en la actividad laboral..... 83
1.5.2. Los factores psicosociales en la actividad hospitalaria..... 85
1.5.3. Factores de riesgo psicosocial del trabajo de los profesionales de enfermería relacionados con el clima organizacional y la gestión de los recursos humanos..... 87
1.5.3.1 Factores relacionados con el entorno de trabajo..... 87
1.5.3.2 Factores relacionados con la organización y gestión del trabajo..... 90
1.5.4. Modelos organizativos y de gestión sanitaria..... 107
1.5.4.1 Modelos sanitarios atendiendo a su gestión financiera..... 108
1.5.4.2 Modelos sanitarios atendiendo a la organización y gestión funcional..... 116
1.5.5. Estilos de liderazgo de la enfermería hospitalaria y su relación con el síndrome de burnout..... 123
1.5.5.1 Definición de liderazgo..... 124
1.5.5.2 Estilos de liderazgo..... 125
1.5.5.3 Liderazgo de la enfermería hospitalaria y su relación con el síndrome de burnout..... 130

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS..... 131

2.1.- Hipótesis..... 133
2.1.1. Hipótesis principal..... 133
2.1.2. Hipótesis complementarias..... 133

2.2.- Objetivos..... 134
2.2.1. Objetivo general..... 134
2.2.2. Objetivos específicos..... 134

3. MATERIAL Y MÉTODOS..... 137

3.1.- Diseño del estudio..... 139

3.2.- Población..... 139
3.2.1. Descripción de la muestra del estudio..... 139
3.2.2. Selección de los centros..... 140
3.2.3. Descripción de los modelos de gestión de los centros hospitalarios que participan en el estudio..... 143
3.2.3.1. Distribución de los centros por titularidad o modelo de gestión financiera..... 143

3.2.3.2. Distribución de los centros por modelo de gestión de recursos humanos (RRHH) o modelo de gestión organizativa y funcional..... 144
3.2.4. Criterios de inclusión/exclusión…….... 145

3.3.- Instrumento de medida…….... 147

3.3.1. Cuestionario de datos sociodemográficos, laborales y de salud y estrés percibidos…….. 148
3.3.1.1. Datos sociodemográficos y laborales.....…… 148
3.3.1.2. Datos de salud y estrés percibidos.....…… 150
3.3.2. Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (CPP)…… 150
3.3.3. Maslach Burnout Inventory (MBI) ò Inventario de Burnout de Maslach……..... 151
3.3.4. Estresores Laborales para el Personal de Enfermería (ELPE)……..... 154
3.3.5. Cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales en la realización y organización del trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria)..... 156
3.3.6. Validación instrumental……..... 160
3.3.6.1. Revisión del cuestionario por grupo de expertos..... 161
3.3.6.2. Prueba piloto…..……. 163

3.4.- Entrega del material y recogida de datos ……... 165

3.5.- Consideraciones éticas ……... 167

3.6.- Análisis estadístico ……... 169

3.7.- Bases de datos y fuentes documentales utilizadas..... 170

3.8.- Temporalización del estudio (cronograma de actividades)..... 171

4. RESULTADOS..... 173

4.1.- Variables sociodemográficas, laborales y de salud y estrés percibidos..... 175

4.1.1. Variables sociodemográficas y laborales……... 175
4.1.1.1. Sexo……. 175
4.1.1.2. Edad…….. 178
4.1.1.3. Estado civil……... 178
4.1.1.4. Número de hijos…….. 179
4.1.1.5. Categoría profesional…… 180
4.1.1.6. Tiempo de ejercicio profesional……... 180
4.1.1.7. Tiempo de antigüedad en el hospital…….. 181
4.1.1.8. Condición laboral……... 182

4.1.1.9. Unidad/servicio actual de trabajo……. 184
4.1.1.10. Tiempo en la unidad/servicio actual…….. 185
4.1.1.11. Asignación a la unidad/servicio…….. 186
4.1.1.12. ¿Desea cambiar de servicio/unidad de trabajo?……. 187
4.1.1.13. Número de cambios de servicio/unidad de trabajo……... 188
4.1.1.14. Nivel de responsabilidad/puesto..... 189
4.1.1.15. Turno de trabajo……... 190
4.1.1.16. ¿Desea cambiar de turno de trabajo?..... 191
4.1.1.17. Número total de profesionales del equipo de enfermería en su unidad de trabajo actual..... 192
4.1.1.18. Número de camas/pacientes en la unidad de trabajo actual..... 193
4.1.1.19. Número habitual de profesionales de su categoría profesional por turnos para el desarrollo de la actividad cuidadora (exceptuando la supervisión)..... 193
4.1.1.20. Número de pacientes que atiendes habitualmente……. 194
4.1.1.21. ¿Qué esfuerzo físico requiere el desarrollo de su actividad diaria?..... 194
4.1.1.22. ¿Se le ofrece desde el centro/unidad la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización de conocimientos, destrezas y competencias de su práctica profesional?..... 196
4.1.1.23. ¿Ha realizado alguna actividad de formación continuada/actualización durante el último año?..... 197
4.1.1.24. Perfil de la “unidad de cuidados tipo” por recursos de enfermería y número de pacientes atendidos: “ratio de personal de enfermería……..... 197
4.1.2. Variables de salud y estrés percibidos…….. 199
4.1.2.1. ¿Cómo defines tu estado de salud?…… 199
4.1.2.2. Número de bajas laborales durante el último año (excluyendo las bajas por embarazo y maternidad)…… 199
4.1.2.3. La situación de crisis economica actual por la que atravesamos, ¿le ha hecho valorar más su trabajo, aumentando su motivación hacia el mismo?..... 201
4.1.2.4. ¿El desarrollo de su trabajo le origina estrés?…….. 203
4.1.2.5. ¿Qué influencia considera que tiene el estrés laboral en su estado de salud?..... 204
4.1.3. Perfil tipo del profesional de enfermería de la muestra……..... 205

4.2.- Variables del Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (CPP)……..... 207

4.3.- Variables del Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach……..... 213

4.3.1. Características psicométricas del cuestionario MBI……..... 213
4.3.2. Prevalencia del síndrome de burnout (SB)……..... 215
4.3.3. Síndrome de burnout de los centros participantes en nuestro estudio..... 219
4.3.3.1. Síndrome de burnout según la titularidad del centro……..... 220

4.3.3.2. Síndrome de burnout según el modelo de gestión funcional del centro..... 222
4.3.4. Síndrome de burnout y variables sociodemográficas y laborales…….. 224
4.3.4.1. Síndrome de burnout – Sexo…….. 224
4.3.4.2. Síndrome de burnout – Edad…….. 225
4.3.4.3. Síndrome de burnout – Estado civil……..... 226
4.3.4.4. Síndrome de burnout – Categoría profesional……..... 228
4.3.4.5. Síndrome de burnout – Condición laboral…….. 229
4.3.4.6. Síndrome de burnout – Unidad/servicio de trabajo……..... 230
4.3.4.7. Síndrome de burnout – Asignación a la unidad/servicio…. 232
4.3.4.8. Síndrome de burnout – Turno de trabajo…….. 233
4.3.4.9. Síndrome de burnout – Nº de profesionales por turnos (mañana, tarde y noche)……... 235
4.3.4.10. Síndrome de burnout – Esfuerzo físico del trabajo diario. 235
4.3.4.11. Síndrome de burnout – Realización de formación continua……. 238
4.3.5. Síndrome de burnout y variables de salud y estrés percibidos 238
4.3.5.1. Síndrome de burnout – Definición del estado de salud..... 239
4.3.5.2. Síndrome de burnout – Bajas laborales durante el último año..... 240
4.3.5.3. Síndrome de burnout – La crisis económica le motiva más hacia la valoración positiva del trabajo……. 242
4.3.5.4. Síndrome de burnout – Estrés originado por el trabajo….. 242
4.3.5.5. Síndrome de burnout – Influencia del estrés laboral en la salud……..... 244

4.4.- Variables del Cuestionario de Estresores Laborales del Personal de Enfermería (ELPE)……..... 247

4.5.- Variables del Cuestionario para la evaluación de los factores psicosociales y de satisfacción laboral en la realización y organización del trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria)..... 259

4.5.1. Exposición a los factores de riesgo psicosocial y salud..... 261
4.5.1.1. Prevalencia de las exposiciones psicosociales y distribución de frecuencia de respuesta..... 261
4.5.1.2. Principales exposiciones a riesgos psicosociales problemáticos para la salud..... 264
4.5.1.3. Principales situaciones favorables para la salud..... 266
4.5.2. Factores psicosociales de riesgo y de satisfacción laboral de los centros participantes en nuestro estudio..... 268
4.5.2.1. Factores psicosociales y satisfacción laboral según la titularidad del centro……..... 268
4.5.2.2. Factores psicosociales y satisfacción laboral según el modelo de gestión funcional del centro..... 271
4.5.3. Exposición a los factores de riesgo psicosocial y síndrome 273

de burnout.....
4.5.4. Satisfacción laboral y síndrome de burnout..... 277

5. DISCUSIÓN..... 279

5.1.- Tasa de participación/respuesta y características socio-demográficas y laborales de la muestra de nuestro estudio…. 282

5.1.1. Tasa de respuesta……..... 282
5.1.2. Características sociodemográficas y laborales de la muestra… 283

5.2.- Discusión en relación al objetivo 1: prevalencia del síndrome de burnout y relaciones con las variables sociodemográficas y laborales……. 289

5.2.1. Características psicométricas del Maslach Burnout Inventory (MBI)……..... 290
5.2.2. Prevalencia del síndrome de burnout y de los valores obtenidos en las dimensiones del MBI……..... 290
5.2.3. Relaciones del síndrome de burnout con las variables sociodemográficas y laborales..... 294

5.3.- Discusión en relación al objetivo 2: Analizar en qué medida las dimensiones del síndrome de burnout se relacionan con la salud y el estrés percibido así como con los problemas psicosomáticos y tasa de absentismo por enfermedad……..... 301

5.3.1. Relación entre el síndrome de burnout y las variables salud percibida y absentismo laboral..... 301
5.3.2. Relación entre el síndrome de burnout y las variables de "estrés percibido" e influencia en la salud..... 306
5.3.3. Relación entre el síndrome de burnout y los síntomas/ problemas psicosomáticos……... 308

5.4.- Discusión en relación al objetivo 3: Identificar los estresores que generan más tensión en los profesionales de enfermería participantes en el estudio y su relación con la organización del trabajo y modelos de gestión funcional……. 315

5.5.- Discusión en relación al objetivo 4: Establecer las relaciones entre las dimensiones de riesgo psicosocial en el trabajo, satisfacción laboral y las dimensiones del síndrome de burnout..... 325

5.5.1. Factores psicosociales y de satisfacción laboral, y su relación con los modelos organizativos y la gestión de los recursos humanos..... 326

5.5.2. Relación de los factores psicosociales y de satisfacción laboral con los centros participantes según su titularidad y modelo de gestión..... 330
5.5.3. Relación entre la exposición a los factores psicosociales y la satisfacción laboral con el síndrome de burnout…… 331

5.6.- Implicaciones prácticas del estudio; propuestas y estrategias de intervención..... 333

5.7.- Limitaciones del estudio..... 337

6. CONCLUSIONES..... 339

7. BIBLIOGRAFÍA..... 345

8. ANEXOS..... 389

Anexo 1: Modelo de solicitud de consentimiento para la obtención de datos..... 391

Anexo 2: Carta informativa para los participantes en el estudio (muestra)..... 393

Anexo 3: Instrucciones para los colaboradores…… 395

Anexo 4: Unidades/Servicios de referencia para la entrega de los cuestionarios..... 397

Anexo 5: Cuestionario…….... 399

Anexo 6: Listado de respuestas a cuestiones abiertas opcionales... 409

Anexo 7: Síntesis de respuestas a la cuestión abierta de ELPE..... 427

Anexo 8: Tablas complementarias..... 429

ÍNDICE DE FIGURAS

Pag.

Figura 1: Fases del Síndrome general de adaptación (H. Selye)..... 15

Figura 2: Diferencias entre eustrés y distrés (Manrique y Frutos, 2007). 18

Figura 3: Interpretación del enfoque transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986) en la actividad profesional de la enfermería hospitalaria..... 24

Figura 4: Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipotálamo- hipófiso-suprarrenal (Nogareda, 1994)..... 25

Figura 5: Modelo de interacción entre demandas y control (Kárasek, 1979)..... 35

Figura 6: Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social (Johnson y Hall, 1988; Karasek y Theorell, 1990)..... 36

Figura 7: Modelo de desajustes entre demandas y recursos..... 37

Figura 8: Modelo de desequilibrio entre esfuerzo y recompensa (Siegrist, 1996a)..... 38

Figura 9: Modelo centrado en las estrategias de dirección y Sistemas de recursos humanos (Matteson e Iváncevich, 1987)..... 40

Figura 10: Factores generadores de tensión..... 50

Figura 11: Determinantes fundamentales del síndrome de burnout en enfermería (Maslach y Jackson, 1982)..... 63

Figura 12: Círculo de la frustración..... 80

Figura 13: Factores de riesgo psicosocial en el trabajo (Mansilla, 2009)..... 84

Figura 14: Innovaciones en los modelos de gestión de los servicios Sanitarios públicos (Abellán et al, 2013)..... 113

Figura 15: Modelo Alzira (http://www.modeloalzira.es/bases.html)..... 114

Figura 16: Proceso evolutivo de los modelos de dirección: por instrucciones (DpI), por objetivos (DpO) y por valores (DpV). García y Dolan, 1997..... 121

Figura 17: Descripción de la muestra: Muestra total y su distribución por titularidad, categoría y centro (P: públicos y PRV: privados)..... 139

Figura 18: Distribución de la muestra por titularidad de los centros..... 143

Figura 19: Distribución de la muestra por sexo (general y por titularidad)..... 176

Figura 20: Distribución de la muestra por sexo y categoría profesional..... 177

Figura 21: Distribución de la muestra por grupos de edad..... 178

Figura 22: Descripción del estado civil de la muestra general y por categorías..... 179

Figura 23: Numero de hijos de la muestra general y por categorías..... 179

Figura 24: Distribución de la muestra por categoría profesional y centros..... 180

Figura 25: Distribución de la muestra por tiempo de ejercicio profesional..... 181

Figura 26: Distribución de la muestra por tiempo de antigüedad en el hospital..... 182

Figura 27: Descripción de la condición laboral de la muestra total..... 182

Figura 28: Descripción de la condición laboral según categoría y titularidad..... 183

Figura 29: Distribución de la muestra por unidades/servicios de trabajo..... 184

Figura 30: Distribución de la muestra por el tiempo de antigüedad en el servicio actual..... 186

Figura 31: Descripción de la forma de asignación a la unidad/ servicio de trabajo..... 187

Figura 32: Distribución de la muestra por el deseo de cambio de servicio/unidad..... 187

Figura 33: Distribución de la muestra por número de cambios de servicio..... 188

Figura 34: Distribución de la muestra por nivel de responsabilidad/ puesto..... 189

Figura 35: Distribución de los participantes según su turno de trabajo..... 190

Figura 36: Descripción del deseo de cambio de turno..... 191

Figura 37: Descripción de porcentajes de profesionales por turnos..... 194

Figura 38: Esfuerzo físico requerido para el desarrollo de la actividad: muestra total y por categorías profesionales..... 195

Figura 39: Descripción de la oferta de formación: muestra total y por categoría profesional..... 196

Figura 40: Descripción de la realización de formación: muestra total y por categoría profesional..... 197

Figura 41: Descripción de la percepción sobre el estado de salud: muestra total..... 199

Figura 42: Descripción del porcentaje de participantes que han sufrido o no baja por enfermedad durante el último año..... 200

Figura 43: Descripción del número de casos, días de baja y las causas de enfermedad de los participantes en el estudio..... 201

Figura 44: Descripción de la valoración del trabajo por parte de la muestra general a partir de la crisis actual..... 202

Figura 45: Percepción subjetiva de estrés de los participantes en relación con el trabajo que realizan..... 203

Figura 46: Descripción de la percepción de la influencia del estrés en la salud: muestra total y por categorías..... 204

Figura 47: Descripción de la puntuación de los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) en la muestra total..... 208

Figura 48: Puntuaciones medias de los problemas/síntomas psico-somáticos en los distintos centros participantes..... 209

Figura 49: Descripción de los niveles de burnout en cada una de las dimensiones del MBI de los participantes en nuestro estudio..... 216

Figura 50: Comparación de las medias del MBI Total y de sus dimensiones entre los centros de Titularidad pública y privada de nuestro estudio..... 221

Figura 51: Comparación de las medias del MBI Total y de sus dimensiones entre las mujeres y los hombres de nuestro estudio..... 225

Figura 52: Gráficos de medias del MBI total y de sus dimensiones en los grupos de edad de la muestra de nuestro estudio..... 226

Figura 53: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por estado civil de los profesionales de nuestro estudio..... 227

Figura 54: Valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por categoría profesional de los participantes en nuestro estudio..... 228

Figura 55: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por la condición laboral de los participantes en nuestro estudio..... 230

Figura 56: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio..... 231

Figura 57: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por la forma de acceso a las unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio..... 233

Figura 58: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por turno de trabajo de los profesionales de nuestro estudio..... 234

Figura 59: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, por el esfuerzo que requiere el desarrollo del trabajo de los profesionales de nuestro estudio..... 237

Figura 60: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, según la definición del estado de salud de los profesionales de nuestro estudio..... 240

Figura 61: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP, entre los profesionales de nuestro estudio que han tenido algún proceso de baja laboral y los que no..... 241

Figura 62: Representación gráfica de los valores medios de las dimensiones AE, D y RP, por definición de niveles de estrés originado por el desarrollo de la actividad diaria en los profesionales de nuestro estudio..... 244

Figura 63: Representación gráfica de los valores medios del MBI total y de las dimensiones AE, D y RP según la influencia del estrés en la salud de los profesionales de nuestro estudio..... 245

Figura 64: Puntuación de los 67 estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) en nuestro estudio..... 248

Figura 65: Diferencias en el cuestionario ELPE entre los centros de titularidad pública y privada..... 250

Figura 66: Descripción de los grupos de estresores aportados por los participantes en nuestro estudio en la cuestión abierta del cuestionario ELPE..... 254

Figura 67: Histograma de prevalencia de la exposición de los profesionales de nuestro estudio a los factores psicosociales y satisfacción laboral..... 262

Figura 68: Histograma de prevalencia de la exposición de la población asalariada española de referencia a los factores psicosociales y satisfacción laboral..... 262

Figura 69: Comparación de medias de las dimensiones psicosociales y satisfacción laboral según la titularidad de los centros de nuestro estudio..... 270

ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

Tabla 1: Manifestaciones físicas en el proceso de estrés (Nogareda, 1994)..... 26

Tabla 2: Consecuencias psicológicas del estrés..... 27

Tabla 3: Teorías y estilos de Liderazgo de influencia en el ámbito de la asistencia sanitaria hospitalaria..... 126

Tabla 4: Centros que participan en el estudio por Comunidad Autónoma y titularidad..... 142

Tabla 5: Características de la muestra del estudio..... 142

Tabla 6: Características de los modelos de gestión de recursos humanos (RRHH) de los centros participantes..... 144

Tabla 7: Puntuaciones de corte de las tres dimensiones del MBI (sector sanitario) para la medición del burnout 153

Tabla 8: Relación de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral incluidas en nuestro cuestionario y preguntas que incluye cada dimensión seleccionada ……..... 157

Tabla 9: Puntuaciones para la medición de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral…..... 160

Tabla 10: Cronograma de actividades del estudio……. 171

Tabla 11: Descripción del "perfil tipo" de la muestra del estudio por categoría profesional..... 205

Tabla 12: Descripción de los valores medios, DE y puntuación total de los problemas/síntomas psicosomáticos en la muestra total..... 207

Tabla 13: Prueba Kruskal-Wallis para comparar los problemas/ síntomas psicosomáticos (CPP) entre los distintos centros participantes en el estudio..... 209

Tabla 14: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedio de los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) entre los centros de titularidad pública y privada..... 210

Tabla 15: Prueba Kruskal-Wallis para comparar los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) entre los modelos de gestión funcional y de recursos humanos de la muestra (MG1, MG2, MG3)..... 211

Tabla 16: Estadísticos descriptivos y de fiabilidad del MBI y de sus dimensiones (AE, D y RP) en la muestra de nuestro estudio..... 214

Tabla 17: Frecuencias y porcentajes de los valores cualitativos de las tres dimensiones del MBI para establecer la prevalencia del SB..... 218

Tabla 18: Pruebas de normalidad para los centros..... 219

Tabla 19: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones entre los distintos centros participantes en el estudio..... 220

Tabla 20: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad pública y privada..... 220

Tabla 21: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad pública de nuestro estudio..... 221

Tabla 22: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad privada de nuestro estudio..... 222

Tabla 23: Prueba Kruskal-Wallis para comparar el MBI total entre los modelos de gestión funcional de los centros..... 222

Tabla 24: Prueba Kruskal-Wallis para comparar las dimensiones del MBI entre los modelos de gestión funcional..... 223

Tabla 25: Estadísticos descriptivos del MBI total y de sus dimensiones (AE, D y RP) según los modelos de gestión funcional..... 223

Tabla 26: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales de sexo femenino y masculino de nuestro estudio..... 224

Tabla 27: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones entre los distintos grupos de edad de la muestra..... 225

Tabla 28: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones entre las opciones de estado civil de los participantes en nuestro estudio..... 227

Tabla 29: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre las categorías profesionales de nuestro estudio (enfermera y TCAE)..... 228

Tabla 30: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio con contrato fijo o eventual..... 229

Tabla 31: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones por unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio..... 231

Tabla 32: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio por su asignación a la unidad/servicio (obligatoria o voluntaria)..... 232

Tabla 33: Prueba Kruskal-Wallis: Comparación de rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones según el turno de trabajo..... 233

Tabla 34: Prueba Kruskal-Wallis para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones según el número de profesionales en la unidad/servicio en los diferentes turnos de trabajo..... 235

Tabla 35: Prueba Kruskal-Wallis: Comparación de rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones según el esfuerzo físico del trabajo..... 236

Tabla 36: Prueba Mann-Whitney: Comparación de rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones según las distintas opciones del esfuerzo físico del trabajo..... 236

Tabla 37: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio por la realización o no de formación continua..... 238

Tabla 38: Prueba Kruskal-Wallis para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre la muestra según la definición de su estado de salud..... 237

Tabla 39: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio que han estado de baja por enfermedad y los que no..... 241

Tabla 40: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI total y de sus dimensiones según si la crisis económica motiva o no hacia la valoración del trabajo a los participantes de nuestro estudio..... 242

Tabla 41: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones por el nivel de estrés originado por el trabajo diario..... 243

Tabla 42: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones en las distintas opciones de influencia del estrés en la salud de los profesionales de nuestro estudio..... 244

Tabla 43: Descripción de los 20 estresores de mayor incidencia en altos niveles de estrés por orden de puntuación..... 249

Tabla 44: Datos de consistencia interna, media, DE, porcentaje de intervalos por terciles y porcentaje de la muestra de nuestro estudio en cada intervalo (tercil)..... 260

Tabla 45: Porcentaje de profesionales de enfermería de la muestra total de nuestro estudio en cada nivel de exposición (tercil) y valores de los porcentajes de la población asalariada española de referencia…….. 261

Tabla 46: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los valores de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los distintos centros participantes en el estudio..... 268

Tabla 47: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedio de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada de nuestro estudio..... 269

Tabla 48: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los valores de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros de titularidad pública de nuestro estudio..... 270

Tabla 49: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los valores de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros de titularidad privada de nuestro estudio.... 271

Tabla 50: Prueba Kruskal-Wallis: Comparación de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral con los modelos de gestión de los recursos humanos de la muestra..... 272

Tabla 51: Estadísticos descriptivos (media y DE) de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral según los modelos de gestión de los recursos humanos..... 273

Tabla 52: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial ST..... 274

Tabla 53: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial CR..... 275

Tabla 54: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial IE..... 275

Tabla 55: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial ASC..... 275

Tabla 56: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial ASS..... 276

Tabla 57: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial DP..... 276

Tabla 58: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial CL..... 276

Tabla 59: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial SG..... 277

Tabla 60: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial EST..... 277

Tabla 61: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI total y de sus dimensiones según el nivel de satisfacción laboral (SAT)..... 278

ANEXO 8: Tablas complementarias..... 429

Tabla 62: Tabla de contingencia: sexo por categoría profesional y titularidad del centro…….....……..... 429

Tabla 63: Tabla de contingencia: sexo por centros……..... 429

Tabla 64: Análisis descriptivo de la variable edad por categorías profesionales…….. 431

Tabla 65: Tabla de contingencia: estado civil por centros……. 432

Tabla 66: Tabla de contingencia: Categoría profesional por centros…… 434

Tabla 67: Tabla de contingencia: Percepción del estado de salud por centros…….. 436

Tabla 68: Tabla de contingencia: ¿El trabajo le origina estrés? por categoría profesional……..... 438

Tabla 69: Tabla de contingencia: Percepción de estrés por centros….. 438

Tabla 70: Prueba de Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio de los problemas psicosomáticos por centros..…… 440

Tabla 71: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del MBI total y de sus dimensiones entre los distintos grupos de edad……..... 444

Tabla 72: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del MBI total y de sus dimensiones entre los distintos tipos de condición laboral (fijo o eventual)..... 444

Tabla 73: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del MBI total y de sus dimensiones entre las distintas unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio…….. 445

Tabla 74: Prueba Mann-Witney para comparar los rangos promedios de los problemas/síntomas psicosomáticos entre los profesionales que han sufrido alguna baja por enfermedad durante el último año y los que no..... 446

Tabla 75: Prueba Kruskal-Wallis: descripción de los datos de rango promedio del cuestionario CPP de problemas psicosomáticos y de las relaciones que estos problemas establecen en razón al tiempo de antigüedad en el trabajo... 447

Tabla 76: Respuestas de los profesionales de enfermería de nuestro estudio al grado de tensión que les producen los estresores laborales del cuestionario ELPE..... 448

Tabla 77: Prueba Mann-Witney para comparar los rangos promedios de los estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada..... 450

Tabla 78: Prueba Mann-Witney para comparar los rangos promedios de los estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) entre los profesionales de nuestro estudio según su categoría profesional (enfermera y TCAE)..... 453

Tabla 79: Prueba de Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio de los ELPE en los distintos modelos de gestión funcional..... 456

Tabla 80: Prueba de Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral por centros..... 460

Tabla 81: Prueba de Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio de los ítems que componen las dimensiones psicosociales según los distintos modelos de gestión funcional……..... 462

Listado de Abreviaturas

AE	Agotamiento Emocional
ASC	Apoyo Social de Compañeros (dimensión de riesgo psicosocial)
ASS	Apoyo Social de los Superiores (dimensión de riesgo psicosocial)
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CL	Calidad de Liderazgo (dimensión de riesgo psicosocial)
CoPsoQ	Cuestionario Psicosocial de Copenhague
CPP	Cuestionario de Problemas Psicosomáticos
CPP*	Colaboración Público-Privada
CR	Claridad de Rol (dimensión de riesgo psicosocial)
D	Despersonalización
DMB	Duración Media de la Baja (índice)
DP	Doble Presencia (dimensión de riesgo psicosocial)
DpC	Dirección por Competencias
DpI	Dirección por Instrucciones
DpO	Dirección por Objetivos
DpV	Dirección por Valores
ELPE	Estresores Laborales en Personal de Enfermería
ERT	Estrés Relacionado con el trabajo
EST	Estima (dimensión de riesgo psicosocial)
IE	Integración en la Empresa (dimensión de riesgo psicosocial)
ILT	Incapacidad Laboral Transitoria
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSHT	Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo
ISTAS	Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud
LGS	Ley General de Sanidad
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey

MG (1,2,3)	Modelo de Gestión (1, 2, 3).
NTP	Norma Técnica de Prevención
ODCE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
P	Público (hospital)
PFI	Private Finance Initiative (Iniciativa de Financiación Privada)
PRV	Privado (hospital)
PSICOS	Dimensiones psicosociales
RP	Realización Personal
RRHH	Recursos Humanos
SATSE	Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España
SATIS	Dimensión de satisfacción laboral
SB	Síndrome de Burnout
SDP	Síndrome de Desgaste Profesional
SG	Sentimiento de Grupo (dimensión de riesgo psicosocial)
SQT	Síndrome de Quemarse por el Trabajo
ST	Sentido del Trabajo (dimensión de riesgo psicosocial)
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TICs	Tecnologías de la Información y Comunicación
TLS	Teoría del Liderazgo Situacional
TRLCAP	Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones públicas
UTE	Unión Temporal de Empresas

"La humanidad vive en un constante estado de estrés que tiende invariablemente al infinito.

Jiménez L, 2004

El grito (Edvard Munch, 1893)
Galería Nacional de Oslo

Adoptar la actitud correcta puede convertir un estrés negativo en uno positivo

Hans Selye

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1.- Justificación

La satisfacción laboral y la motivación de los profesionales sanitarios se consideran unos de los grandes objetivos de nuestro Sistema de Salud, vinculado e íntimamente relacionado con la asistencia sanitaria de calidad y la satisfacción de los usuarios.

En ocasiones, las condiciones laborales de los profesionales sanitarios de nuestro país distan de ser las ideales para conseguir este importante objetivo de satisfacción y motivación profesional, pudiéndose producir situaciones de gran malestar y estrés en el desarrollo de la actividad profesional, que van a incidir de manera directa y negativa, tanto en la calidad de los cuidados que se prestan a los ciudadanos, como en la consecución de los objetivos de gestión del centro sanitario. A este respecto Cebrià-Andreu (2005) afirma que el síndrome de burnout (SB), también llamado como síndrome de desgaste profesional (SDP) o de quemarse por el trabajo (SQT), se ha convertido en la actualidad en un importante problema de salud pública con consecuencias profesionales y sociales y, en este sentido, afirma que "*si los responsables de atender y cuidar se sienten mal cuidados o están exhaustos, quien pierde al final es la sociedad en su conjunto*.

En muchos casos, la presencia de estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería hospitalarios, se asocia a una estructura organizativa y política de gestión de los recursos humanos inadecuada a las necesidades y a la realidad de las demandas asistenciales, pudiendo generarse un entorno laboral "enfermo" en el colectivo profesional que da lugar a síntomas psicosomáticos y gran insatisfacción laboral como consecuencias psicosociales del sistema organizativo laboral (reconocimiento, comunicación, interacción, soporte interno, dotación y distribución de recursos humanos, etc.) que, como afirman Aiken, et al, (2002), incrementan el riesgo de morbilidad y

mortalidad del paciente, y un significativo descenso del rendimiento profesional con un aumento de los errores en el desarrollo de la actividad.

En los últimos 30 años se ha profundizado ampliamente en el análisis y estudio del estrés laboral y burnout de distintos grupos de profesionales sanitarios y son muchos los estudios e investigaciones que abordan este problema en los profesionales de enfermería que desarrollan su actividad en el entorno hospitalario, grupo definido como “especialmente vulnerable” y que presenta altos niveles de estrés y burnout, pudiendo provocar diferentes alteraciones en la salud de sus profesionales y, en consecuencia, elevados costes tanto personales como económicos en las empresas proveedoras de servicios sanitarios. Esto justifica el gran interés que sigue suscitando este problema de salud laboral, siendo aún un problema prioritario de análisis e investigación desde distintas vertientes, tanto disciplinares como clínicas.

Mayoritariamente los trabajos y estudios revisados abordan el estrés laboral y burnout de la enfermería especializada como una situación relacionada más con el propio profesional (factor personal) o con su entorno circunscrito de desarrollo de la actividad (unidad de trabajo) que con el clima organizacional de la institución/empresa para la que se trabaja. El análisis del estrés laboral, se ha centrado en la persona afectada, y no en el grupo de trabajo o la organización. Como afirman Peiró, et al (2002): generalmente se habla de personas estresadas y no se analiza una realidad actual en nuestro entorno laboral de grupos estresados o incluso equipos o centros de trabajo, en nuestro caso, "hospitales estresados".

El análisis individualizado o por áreas sectorizadas de actividad del estrés laboral y burnout en la enfermería de atención especializada creemos que es insuficiente y puede hacer pasar por alto aspectos relevantes en la prevalencia colectiva de este problema, así como dificultar el adecuado diagnóstico de los factores etiológicos y las estrategias de prevención y abordaje. Peiró (2008), establece que, en muchos casos, el control de las fuentes de estrés laboral y burnout queda fuera del alcance del individuo y está inmerso en estructuras y procesos gestionados por la organización, por lo que

insiste en la importancia de analizar las influencias contextuales del estrés, y su emergencia como fenómeno colectivo y propone el enfoque multinivel del estrés, que amplía el análisis de los fenómenos del estrés laboral, incluyendo todo el sistema de trabajo, las políticas, estrategias y prácticas de recursos humanos y toda la estructura organizacional.

El hecho de haber seleccionado el problema del estrés laboral/burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada, y su relación directa con los factores psicosociales vinculados al clima organizacional, y especialmente con los modelos de gestión de recursos humanos y estilos de liderazgo, está relacionado con nuestro interés de intentar dar una respuesta objetiva y científica a la pregunta en la que se centra el objetivo principal de esta investigación, e intentar extrapolar los resultados obtenidos en varios estudios que realizamos en nuestro centro hace años en los que se sucedieron distintos modelos de organización del trabajo y de gestión de los recursos humanos, con modificaciones en los estilos de liderazgo.

Estos estudios, a cuyos resultados haremos mención a lo largo de este trabajo, y que han motivado esta investigación más profunda y amplia, se realizaron con una muestra representativa de profesionales de enfermería del Hospital “San Telmo” de Palencia, centro del que describo brevemente los datos que justifican esta profundización y en el que he desarrollado mi actividad profesional durante más de 25 años.

El entorno laboral donde se realizaron los estudios es un Hospital General con una capacidad de 155 camas de hospitalización, dependiente de la Excma. Diputación de Palencia, centro que daba asistencia a pacientes de la sanidad pública del INSALUD (actualmente sanidad autonómica SACyL), del que absorbía el mayor número de los pacientes a los que se prestaba asistencia sanitaria y cuidados de salud. También atendía, aunque en menor proporción, a la demanda privada de asistencia, bien a petición propia de los pacientes o derivados por compañías privadas de seguros de asistencia sanitaria, mutuas, etc.

Los servicios de los que disponía el centro para atender la demanda de servicios sanitarios de consulta y hospitalización eran:

- Servicios médicos: (medicina interna, neumología, enfermedades infecciosas, psiquiatría)
- Servicios quirúrgicos (cirugía general, traumatología, urología, oftalmología, otorrinolaringología).
- Área de materno-infantil (pediatría, toco-ginecología).
- Servicios especiales y centrales (urgencias, quirófanos, farmacia, rehabilitación, esterilización, laboratorio de análisis clínicos, anatomía patológica, radiodiagnóstico).

En el mes de octubre del año 1988 accedemos a la dirección de enfermería del centro, cuyas características más destacadas en ese momento son:

- El Índice de Ocupación Media (IOM) del centro es del 63%. Es de destacar que este dato, si se desglosa por las distintas unidades y servicios, se detectan grandes diferencias entre ellos. Los servicios médicos (medicina, neumología, infecciosos) mantienen durante el año un índice de ocupación entre el 76% y el 90%; el servicio de cirugía general entre el 71% y 85%, mientras que servicios como: Traumatología y Toco-ginecología no llegan a una media de ocupación del 50%, con una dotación de recursos humanos de enfermería igual en todas las unidades al basarse en un sistema cerrado de asignación por unidad (por número de camas), más que en una asignación abierta por cargas reales de trabajo/horas de enfermería. El modelo de gestión estaba orientado al desarrollo de las tareas.
- Existen unas plantillas de enfermería, con una distribución uniforme en las distintas unidades y servicios al margen de las necesidades e índices de ocupación (6 enfermeras y 6 auxiliares de enfermería coordinadas por una supervisora), para cubrir de forma elemental los turnos rotatorios

de mañanas, tardes y noches y, si bien, la presión asistencial es inferior al centro hospitalario de Palencia perteneciente al INSALUD, cualquier incidencia que surgía debía ser cubierta con personal de la propia unidad alterándole el ritmo de sus descansos, o contratando personal externo que no venía a resolver el problema al tener una vinculación contractual circunscrita al periodo de la incidencia, en muchos casos inferior al necesario para el conocimiento adecuado del entorno laboral, con una falta de eficacia y eficiencia que, en la mayor parte de los casos, debe ser suplida con un incremento del ritmo y de las cargas del personal estable del servicio/unidad.

- Existe una dirección de los recursos enfermeros muy jerarquizada, vertical, unipersonal, autocrática y poco accesible. No existen líneas estratégicas ni objetivos en los que basar la actividad, ni se posibilita la participación activa de los profesionales en la gestión de los cuidados, ni siquiera en los puestos de supervisión, que no dirigen recursos humanos sino que simplemente coordinan la actividad que se desarrolla en la Unidad/servicio en base a prioridades médicas.

Tras hacernos cargo de la dirección de enfermería del centro, se organizan foros abiertos con los profesionales (enfermeras y auxiliares de enfermería) para conocer el sentir y las demandas del grupo profesional, detectándose de las aportaciones y comentarios que se realizan niveles importantes de agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y bajos niveles de realización (RP). Las manifestaciones hechas patentes y públicas por los distintos profesionales del centro nos hacen ver que, de forma colectiva, se sienten “quemados” por estresores relacionados con aspectos organizacionales y de gestión (desequilibrio en la asignación de recursos, escasa participación en la toma de decisiones de la práctica, alteración de turno para cubrir incidencias, escasa calidad de vida personal, sistemas de turnos rotatorios desequilibrados, sobrecarga de trabajo en ciertas unidades, no delimitación de funciones, falta de objetivos, normas poco claras, etc.), y que estos “*estresores*” dominan sobre los que podemos considerar más específicos de unidad de trabajo o de factores individuales de la persona. Un

dato que nos alerta de los niveles de afectación y desmotivación es el *elevado absentismo laboral* que, en el año 1988, para el grupo profesional gestionado desde la jefatura de enfermería (compuesto por 74 enfermeras, 1 fisioterapeuta, 72 auxiliares de enfermería, 1 TAP (Técnico en Anatomía Patológica), 7 pinches de office, y 18 operarias de cocina y lavandería), fue de 3792 días por incidencias de corta duración (ILT), lo que corresponde a una media de 22 días por trabajador/año.

Ante esta situación decidimos desarrollar una estrategia directiva de gestión de los recursos humanos más horizontal, motivacional y democrática, fundamentada en los siguientes argumentos:

- Asignación racional de recursos: reforzando los grupos de trabajo de las unidades de mayor presión asistencial.
- Democratización de la toma de decisiones, incentivando la participación activa en la gestión de los cuidados de las unidades de trabajo y posibilitando la definición de los objetivos por los profesionales de la unidad (gestión por objetivos).
- Propuestas de racionalización de los turnos de trabajo y elección democrática del turno por los trabajadores de las unidades/servicios.
- Respeto de la calidad de vida personal, no modificando ningún turno en cuanto al disfrute de los descansos establecidos. Posibilitar el disfrute de días libres asignados por convenio según la demanda y las necesidades del trabajador.
- Establecer líneas de comunicación fluidas con la dirección sin barreras burocráticas.
- Incentivar una corresponsabilidad en la gestión de los recursos humanos con los mandos intermedios (supervisiones).

- *Establecer mecanismos y estrategias de motivación de los grupos de trabajo (formación continuada subvencionada por el centro, grupos de ayuda, etc.).*

Todo esto fue posible incrementando los recursos humanos con 8 profesionales en plantilla volante (4 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería) a fin de dar una cobertura más racional y objetiva de las cargas de trabajo reforzando las unidades de mayor presión y de solucionar las incidencias puntuales sin alterar la vida laboral del resto de los profesionales del centro, y siendo un recurso efectivo desde el primer momento al conocer la dinámica de práctica profesional.

Los resultados a este modelo de gestión se hicieron patentes en un espacio corto de tiempo, tanto en la calidad percibida de atención por parte de los clientes de la institución (disminución objetivada de quejas verbales y escritas y aumento de la satisfacción en encuesta de finalización de la estancia hospitalaria), como en la salud laboral de los trabajadores, percibiéndose un mayor nivel de bienestar, mayor motivación (con desarrollo colectivo de líneas de trabajo, procedimientos y protocolos para la práctica profesional, mayor corresponsabilidad e implicación en la gestión, etc.), y que se pudo objetivar en el dato de absentismo, que en al año 1990 había descendido significativamente a 2165 días perdidos por incidencias de corta duración (ILT) habiendo aumentado en 10 los profesionales del grupo gestionado por enfermería (11,5 días de trabajo por trabajador y año).

De estos datos obtenidos pudimos deducir unos beneficios globales de gran relevancia que podíamos sintetizar en:

- *Mejoras en la calidad de los cuidados a los pacientes* al adecuar la acción profesional a las demandas reales y necesidades de las unidades.

- *Mejora en la salud laboral y calidad de vida colectiva de los trabajadores,* con reducción de los niveles colectivos de estrés.

- *Beneficio económico importante para la empresa gestora del centro (Diputación provincial de Palencia)* que compensa con creces el incremento del gasto derivado del aumento de la plantilla, al descender más de un 40% el absentismo laboral, y en consecuencia, el gasto económico del personal suplente.

A partir del año 1992, dejamos la dirección y según se percibe de la observación del entorno y de las manifestaciones de los profesionales se cambia nuevamente el modelo de gestión retornándose a modelos clásicos ya definidos, con asignación estanca de recursos humanos, frialdad en las relaciones, burocratización en las relaciones, altas demandas de trabajo, escaso reconocimiento, etc., y se vuelve progresivamente a vivenciar un entorno preocupante de estrés laboral y manifestaciones de *burnout* que nos motiva en el año 2001 a retomar la investigación de este importante problema de salud laboral, en un centro que, habiendo mejorado en cuanto a recursos humanos y habiéndose reducido la presión asistencial, se puede definir por los resultados obtenidos del estudio como un "*hospital enfermo*" donde la coincidencia de estresores habituales en un elevado grupo de personas relacionadas con las líneas organizativas y de gestión obliga a encontrar estrategias preventivas y de afrontamiento que modifiquen los ineficaces modelos utilizados en los centros hospitalarios.

En esta experiencia previa observamos que los estresores relacionados con la organización del trabajo y la gestión de los recursos humanos (sobrecarga de trabajo, horarios de trabajo irregulares y variables elevada responsabilidad, falta de apoyo y reconocimiento por parte de los responsables y pacientes, conflictos en el equipo, clima organizacional condicionado por los grupos de trabajo y la jerarquía, con escasa participación de los profesionales en la definición de objetivos y métodos de trabajo, estructuras burocráticas rígidas, etc.), se han puesto de manifiesto como factores muy importantes en la desmotivación y situaciones de estrés profesional colectivo ("hospital enfermo"), por lo que los líderes de la gestión de recursos humanos tienen una gran responsabilidad en definir estrategias innovadoras que, fundamentadas en

la motivación y estrategias asertivas de dirección, favorezcan la modificación de estos factores negativos, con lo que se ayudaría a mejorar la salud física y psíquica de los profesionales de forma colectiva, lo que incidiría en un aumento de satisfacción en el desempeño de la actividad diaria y, como consecuencia, en una mejora en la atención y la calidad de los cuidados que se prestan.

El objetivo fundamental de esta investigación es, partiendo de una revisión bibliográfica de los estudios más importantes sobre el tema, analizar el problema del estrés laboral y burnout y su incidencia en los profesionales de enfermería hospitalarios desde una perspectiva estructural, como fenómeno colectivo y, en concreto, en los aspectos que consideramos de especial relevancia en la instauración de altos niveles de desgaste profesional colectivo como son los factores institucionales (clima organizacional, modelo de gestión de los recursos humanos, liderazgo), comparando distintos modelos organizativos.

Para ello hemos dividido este trabajo en dos grandes apartados. El primero, definido en este amplio bloque de introducción, integra el marco teórico del estudio en el que hemos abordado una revisión, desde lo general a lo específico, del estado actual de este importante problema, comenzando con el análisis del constructo genérico de “estrés”, para profundizar de forma especial en el estrés laboral y la consecuencia de afectación psicosomática más relevante, el “síndrome de burnout”, dirigiendo este análisis de forma específica hacia los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria) y concretamente hacia la incidencia de los factores psicosociales relacionados con los modelos de gestión de los recursos humanos y modelos de liderazgo.

El segundo apartado, en sus bloques 2, 3, 4, 5 y 6 aborda la investigación empírica con la exposición de los objetivos e hipótesis y el material y métodos utilizado en la misma para, a continuación, reflejar fielmente los resultados de los distintos aspectos analizados, sobre los que realizamos la discusión y las conclusiones relevantes a dichos resultados sobre la base de los objetivos e hipótesis de partida.

1.2. El Estrés:

1.2.1. Conceptualización

1.2.1.1 Antecedentes Históricos

Si bien el término **estrés,** utilizado y referenciado como hoy lo entendemos, es un término joven, propio de los últimos cien años (siglos XX y actual XXI), su significado como *respuesta inespecífica de adaptación* ha acompañado al ser humano como estímulo de aprendizaje y adaptación ante las distintas situaciones y experiencias de la vida en un entorno en continuo cambio.

Como término, ya instaurado de forma generalizada en nuestra sociedad, su utilización no siempre tiene un mismo significado. En el ámbito psicosocial su uso abarca conceptos tan distintos como: esfuerzo, sobrecarga, cansancio, fatiga, tensión emocional, frustración, etc.

Según afirman Bucci y Luna (2012), inicialmente el término *estrés* se utilizó en el siglo XVII asociado a la "tensión" con una proyección eminentemente "técnica", de hecho, el físico inglés Robert Hooke (1635-1703) utilizó el término en el campo de la ingeniería. A través de su "ley de elasticidad" explica y proporciona el concepto de "carga" (load), postulando que cuando una presión es aplicada sobre una estructura, ésta produce un efecto de "estiramiento", generando un cambio de la forma.

Fonseca y Pérez (2006), analizando el concepto a lo largo de la historia, establecen que en el siglo XVII, el científico Inglés Thomas Young (1773-1829), introduce el término "estrés" desde el punto de vista físico tomando el concepto del verbo latino "stringere**"** (estrechar, estirar, tensar) definiéndolo como: *"una respuesta dentro del objeto, inherente a su estructura y provocada por una fuerza externa"*. Posteriormente, en el siglo XIX, estos conceptos de la física comenzaron a usarse en fisiología, psicología y medicina.

Mingote y Pérez (2003), rescatando esta primera aplicación del término y aplicándola a la realidad de la especie humana, establecen que los sistemas físicos o biológicos se caracterizan por sufrir deformaciones que son consecuencia de fenómenos excitadores externos. El ser humano puede comportarse de forma similar a los materiales, pudiendo modificar comportamientos a partir del aprendizaje (sistema tenaz de los metales) o no aprendiendo, produciéndose un desgaste que puede ser "*reversible"* o "*irreversible"* (deformación permanente o fractura del material).

Estos autores definen tres perspectivas fundamentales para el estudio del estrés:

- *La tradición ambiental*, que se orienta hacia la valoración de los acontecimientos o estímulos externos que confrontan al ser humano con nuevos requerimientos de trabajo adaptativo.
- *La tradición psicológica*, que se centra en las evaluaciones subjetivas de las demandas y de los recursos disponibles para afrontarlas.
- *La tradición biológica*, que estudia la activación de los diferentes sistemas biológicos como consecuencia del esfuerzo de adaptación.

En biología, el término *estrés* fue introducido por el neurólogo y fisiólogo norteamericano Walter B. Cannon en 1911 englobando en dicho término todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de alterar los procesos autorreguladores. El estrés para este investigador es una reacción de huida ante situaciones amenazantes, postulando que su biología depende fundamentalmente de la estimulación del sistema simpático-adrenal. Se trata de la evaluación rápida de una amenaza resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular.

González de Rivera (2008), expone que Cannon interpreta la homeostasis como el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de mantener la constancia del medio interno, regulando las influencias del ambiente y las correspondientes respuestas del organismo.

Este enfoque del estrés se integra en el "modelo epidemiológico basado en el estímulo" y como afirman Bucci y Luna (2012), permite identificar una serie de situaciones universales estresantes que sirven como puntos de referencia objetivos para comparar las distintas reacciones que presentan diversas personas en diferentes contextos sociales.

Hans Selye (1907-1982), ha utilizado desde el año 1936 el mismo término para designar la *respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivo*s, a la que ha denominado como: *Síndrome de Adaptación General (SAG)* sobre el cual escribió por primera vez en el British Journal Nature en el verano de 1936.

- Síndrome general de adaptación (Hans Selye).

Respuesta del organismo ante una situación de amenaza con el fin de intentar adaptarse y conseguir el equilibrio. Selye (1983) define este fenómeno como: *el conjunto de reacciones fisiológicas desencadenadas por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo, por la incidencia de cualquier agente nocivo llamado estresor*. Se puede definir, pues, como "*la respuesta física y específica del organismo ante cualquier demanda o agresión, ante agresores que pueden ser tanto físicos como psicológicos*" (Nogareda, 1994).

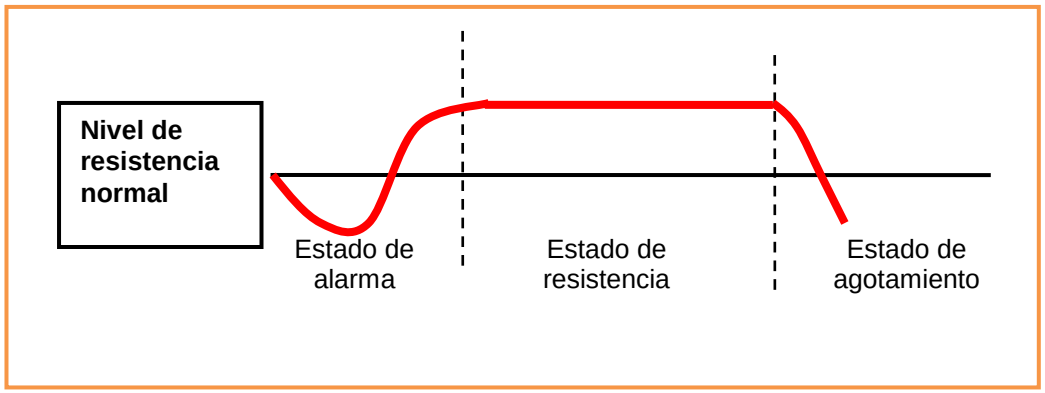


Figura 1. Fases del Síndrome general de adaptación (H. Selye)

En el proceso de adaptación del organismo definido por Selye, se distinguen las fases de *alarma*, de *adaptación* y de *agotamiento* (figura 1).

Nogareda (1994), establece que en la fase de "*alarma*" ante la aparición de un peligro o estresor se produce una reacción inicial durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal, a fin de preparar al organismo para afrontar la situación. En esta fase se activa el eje hipófiso-suprarrenal produciéndose una reacción automática e instantánea con el objetivo de conservar la homeostasis acompañándose de síntomas defensivos (movilización de defensas, aumento del número de pulsaciones y respiraciones así como de glóbulos rojos y linfocitos, etc.).

Si el estrés continúa, el organismo comienza la fase de "*adaptación*", en la cual él mismo se recupera de la alarma inicial e inicia una resistencia e intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza (estresores) intentando conservar la homeóstasis.

Si la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, o los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes, se entra en la fase de "*agotamiento*" en la que ya aparecen manifestaciones psicosomáticas.

Selye (1956) analiza el *aspecto positivo del estrés* como "*fenómeno adaptativo de los seres humanos ante los distintos estímulos que contribuyen a su supervivencia, a un adecuado rendimiento de las capacidades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida*". Este tipo de estrés es el estrés positivo o *eustrés*, el cual aumenta la resistencia de la persona y moviliza las energías a fin de alcanzar resultados satisfactorios en las actividades. Cuando la experiencia de estrés resulta excesiva e incontrolable por la persona, ya sea en intensidad y/o frecuencia se produce el desequilibrio o *distrés*, con la aparición de consecuencias psicosomáticas.

Este autor asocia el estrés positivo (*euestrés o eustrés*) a un comportamiento adaptativo orientado al conocimiento y mejora de la realidad, necesario en ocasiones para conseguir una mejor adaptación al medio, trabajar

eficazmente y para vivir de forma creativa. La tensión emocional positiva o saludable se experimenta a nivel subjetivo como vivencias de satisfacción y desarrollo personal y propician rendimientos creativos útiles que mejoran la calidad de vida y bienestar social.

Este "estrés bueno" o positivo, es utilizado en varios campos (deporte, etc.), como una técnica con el objetivo de crear un estado emocional de ansiedad que conduzca a activar todos los recursos del sujeto con el fin de responder al máximo de sus posibilidades. Entraría dentro de las técnicas de preparación por medio de la sugestión y la motivación[1].

Molina, et al, (2008), definen el eustrés como: "*una respuesta de afrontamiento que permite al organismo adaptase y sobrevivir, por lo tanto representa un beneficio para quien lo experimenta. Por el contrario, el distrés se caracteriza por un contenido emocional*[2] *de experiencias nocivas y el estado emocional resultante provoca un efecto deletéreo en el bienestar individual"*.

El estrés negativo (*distrés*) se asocia a un comportamiento desadaptativo, con conductas de riesgo o de escape de la realidad, que van a propiciar la aparición de síntomas y signos característicos del estrés, produciendo insatisfacción y deterioro psicosocial. Este tipo de estrés es el que primero describe Selye y, en cierto modo, ha estigmatizado el término, que en realidad se asocia más a la reacción vital que al proceso de enfermedad o

[1] *Por motivación se entiende la compleja integración de procesos psíquicos que efectúa la regulación inductora del comportamiento, pues determina la dirección (hacia el objeto-meta buscado o el objeto evitado), la intensidad y el sentido (de aproximación o evitación) del comportamiento.*" Aunque el mismo autor da otra en la misma obra y a continuación de la primera: "*la motivación es el conjunto concatenado de procesos psíquicos (que implican la actividad nerviosa superior y reflejan la realidad objetiva a través de las condiciones internas de la personalidad) que al contener el papel activo y relativamente autónomo y crear de la personalidad, y en su constante transformación y determinación recíprocas con la actividad externa, sus objetos y estímulos van dirigidos a satisfacer las necesidades del ser humano y, como consecuencia, regulan la dirección (el objeto-meta) y la intensidad o activación del comportamiento, y se manifiestan como actividad motivada*" (González, 2008, p. 52).

[2] "*La perspectiva que postula emociones básicas asume que éstas son fenómenos evolutivamente "precocinados", un número concreto de experiencias que llamamos emociones y compartimos con otros primates. Las emociones básicas se generan automáticamente y se caracterizan por un conjunto coherente y distintivo de expresiones, reacciones fisiológicas y antecedentes biológicamente determinados que las provocan"* (Vázquez y Hervás (Coords.) 2009, p. 49).

deterioro. Salinas, (2012) coincidiendo con los planteamientos de Selye, considera que "*si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, incluso siendo agradables, si superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al distrés o mal estrés"*

En la figura 2 hacemos una interpretación gráfica sobre las diferencias entre *euestrés o eustrés* y *distrés* dependiendo de la capacidad de adaptación de la persona a los estímulos (E).

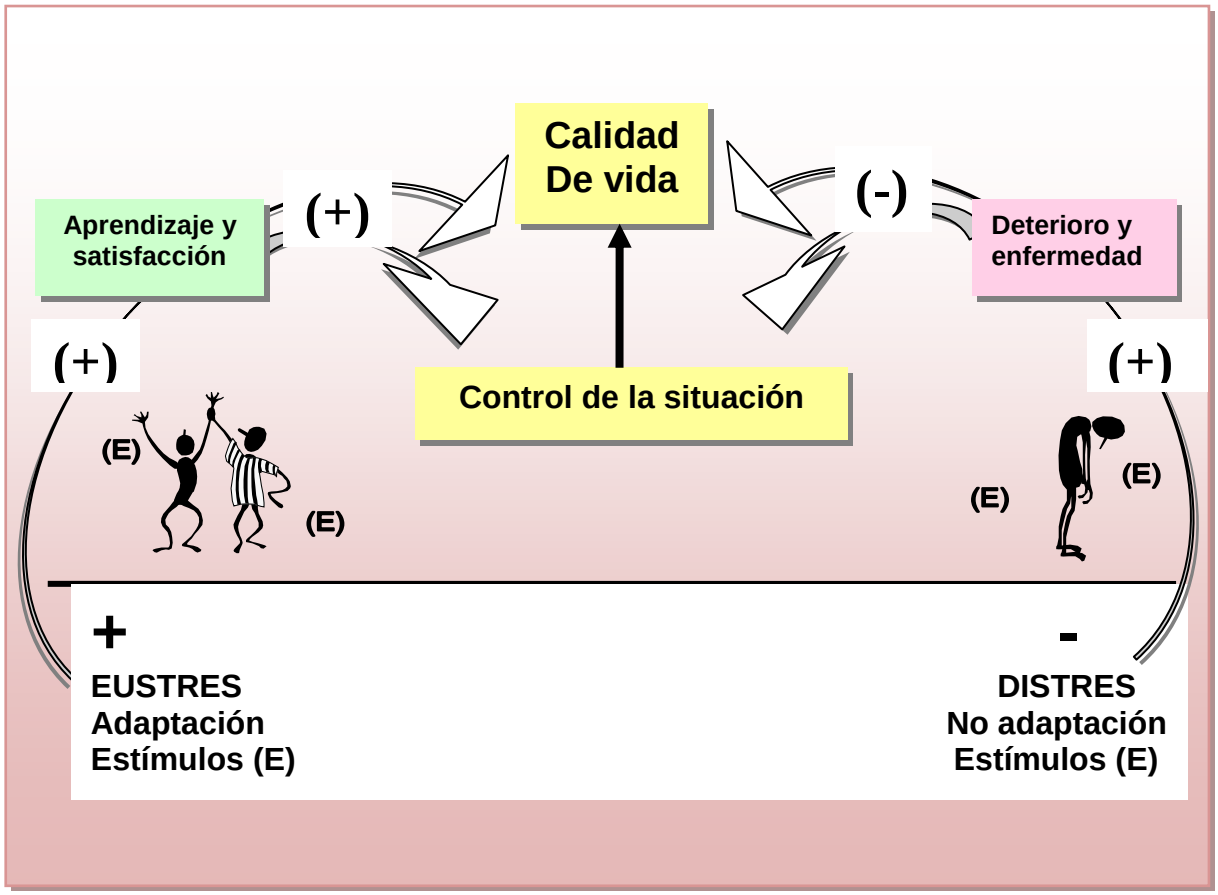


Figura 2. Diferencias entre eustrés y distrés (Manrique y Frutos, 2007)

En la actualidad algunos autores como Weiss (2004), comparten la definición del estrés como la respuesta fisiológica y psicológica del ser humano ante los sucesos cotidianos de la vida. Además apoyan la teoría de Selye, de estrés positivo o bueno (eustrés) y negativo o malo (distrés). Este grupo de

autores defienden que un estrés ligero durante breves y puntuales períodos puede producir resultados beneficiosos, ya que hacen que el cuerpo y la mente estén alerta, concentrados y enérgicos. Sin embargo, si el mismo es demasiado intenso o persiste a lo largo de un período excesivo de tiempo, los resultados beneficiosos quedan anulados, llevando al organismo a un deterioro con claras manifestaciones psicosomáticas.

En relación con esta interpretación positiva y negativa del estrés ante los distintos *estresores*[3], Mason (1975) hizo una aportación muy interesante al decir que el estresor, es decir, el estímulo estresante (**E**), debe ser inédito, y que para que produzca una respuesta, debe haber sido previamente evaluado cognitivamente por el individuo. Es decir, que no influye tanto el estresor en sí mismo, sino la evaluación que se realice de la situación de amenaza.

El autor establece que cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, separación de un ser querido, muerte de un familiar). Asimismo, situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra. Mason concluye en que la respuesta de estrés es vital para la supervivencia del ser humano; que en sí misma no es que sea buena ni mala sino que va a depender del resultado de la operación entre las demandas adaptativas y los recursos movilizados por la persona para su afrontamiento.

---

[3] ***Estresor:*** "*es el acontecimiento objetivo, la característica del medio ambiente verificable, independientemente de la conciencia individual*" (Kahn RL, *et al.* 1964).

"*En términos generales, un* ***estresor*** *es una situación que perturba la homeostasis, lo que puede ser percibido como un peligro real o aparente. La presencia de un estresor produce inmediatamente la activación del sistema nervioso vegetativo (glándulas suprarrenales, sistema cardiovascular, respiratorio y metabólico) y ciertos procesos en el sistema nervioso central, principalmente en estructuras cerebrales relacionadas con las emociones (amígdala, hipotálamo, hipocampo, septum, corteza prefrontal, porciones altas del tallo cerebral, entre otras*." (Molina, et al, 2008:p. 354).

En nuestro estudio utilizamos el término "***estresor o situación estresante*** " para referirse al estímulo o situación que provoca una respuesta de tensión o estrés en los profesionales de enfermería en el desarrollo de su actividad cuidadora.

1.2.1.2. Definición del estrés

Existen un importante número de definiciones, muchas de ellas inciden en los conceptos principales ya reseñados en el breve análisis de los antecedentes históricos entre los que destacan:

- Reacción o respuesta orgánica de la persona.
- Estímulo.
- Interacción entre el estímulo y los recursos de respuesta de la persona.

Haciendo una síntesis de los aspectos de mayor coincidencia conceptual de entre las definiciones revisadas, se puede definir el estrés como una "*respuesta automática y natural de nuestro organismo ante un estímulo (estresor) o situación que nos resulta nueva, amenazadora o desafiante*".

Según este concepto sería necesario cierto grado de estrés (*eustrés*) que nos ayude a activarnos ante el continuo proceso de cambio que se produce en nuestra vida y entorno.

El estrés es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud (física, psíquica y/o social) puede verse afectada.

En nuestra sociedad, como afirma López (2009), el estrés se identifica y define como un estado de tensión emocional que provoca, entre otras alteraciones, trastornos del sueño, síntomas psicosomáticos, insatisfacción laboral y conflictos en las relaciones humanas, sin olvidar que, visto desde las tres perspectivas que anteriormente hemos expuesto, se puede estudiar a partir de los factores ambientales y entorno que rodea a la persona, desde las características psicológicas del individuo y sus mecanismos de defensa, y a través de sus condiciones biológicas y consecuentes respuestas a los componentes de riesgo.

Salinas (2012), representante de la corriente más actual, define el estrés como: "*una respuesta inespecífica ante un estímulo que es percibido como amenazante porque desborda la capacidad de recursos del individuo, provocando en este reacciones fisiológicas y/o psicológicas adversas"*. Según este autor, el estrés es una respuesta ante un estresor ambiental, sea este de carácter fisiológico o psicológico. Pero también es una consecuencia de la interacción de los estímulos del ambiente y las características individuales del sujeto.

Vemos, pues, que se vuelve a los conceptos clave de los que partíamos y que estos no difieren en lo fundamental de las primeras definiciones que se dieron en la segunda mitad del siglo XX sobre el tema.

En cualquier caso, como en etapas anteriores, no existe unanimidad a la hora de consensuar una definición de estrés. Redolar (2011) lo define como:

> *"…el intento del organismo de restablecer el equilibrio alostático y de adaptarse a unas situaciones biológicas y/o psicológicas y/o sociales, que consiste en un conjunto de cambios en el ámbito fisiológico (alteraciones de diferentes sistemas del organismo) y psicológico (alteraciones en las percepciones y cogniciones), donde interactúan los sistemas nervioso, endocrino, inmunitario y metabólico. La respuesta de estrés puede ponerse en marcha no solo ante una lesión física o psicológica, sino también ante su expectativa y, asimismo, puede repercutir sobre el rendimiento de la persona y su estado general de salud"*.

Peiro (2005) establece que una situación deviene en estresante cuando el sujeto es incapaz de asumir las demandas del entorno, demandas que exceden su capacidad de afrontamiento.

> *"Una situación donde las demandas exceden a las capacidades es definida como estresante sólo cuando las demandas realmente*

representan un deseo que el individuo es incapaz de alcanzar o cuando las demandas asociadas con la resolución de una discrepancia entre percepciones y deseos exceden las capacidades del individuo".

Si en algo existe coincidencia sobre este tema es que no hay un sólo tipo de estrés que compile todas las reacciones de los individuos, sino que se dan diversos tipos y diversas manifestaciones del mismo. Pero a partir de este punto, se discrepa en los tipos y las características de los mismos.

Se puede clasificar el estrés en función de su naturaleza como *estrés agudo* (está causado por las presiones del pasado y las que se prevén del futuro, y es el más común y menos virulento de los tipos de estrés), *el estrés agudo episódico* (estrés que aparece de forma periódica y que incluye síntomas de malestar, siendo más grave que el anterior) y *estrés crónico* (estrés permanente y que afecta a un grupo de dimensiones del individuo, tanto familiares o laborales como las relaciones con los demás).

También pueden clasificarse como *estrés físico* (aquel que se relaciona más directamente con la fisiología del individuo), o *estrés mental* (que afecta a los rasgos cognitivos y o emocionales del sujeto). Por último está muy extendida la clasificación en *eustrés* y *distrés* (Salinas, 2012), conceptos analizados en el apartado anterior.

1.2.2. Enfoque transaccional del estrés

Hasta el momento hemos analizado varias concepciones del *estrés,* bien como *respuesta general inespecífica* (Selye, 1974), como *acontecimiento estimular* (Holmes y Rahe, 1967), siendo compatible ambos conceptos con el enfoque del estrés como *transacción cognitiva persona-ambiente* (Lazarus y Folkman, 1986). Este enfoque "*transaccional*" es el que predomina actualmente, tanto en el ámbito general como en el laboral. Según esta

concepción, *el estrés* es considerado como *"una falta de acoplamiento entre las capacidades percibidas o reales de un individuo y las exigencias percibidas o reales del entorno*".

El enfoque transaccional propone una definición de estrés que se centra en la interacción entre la persona y su medio, en el que se establece una evaluación tanto de los estímulos del ambiente como de los propios recursos. Según este enfoque, el estrés se origina cuando la persona considera sus recursos como insuficientes como para hacer frente a las demandas del entorno. La clave de este enfoque transaccional radica en la evaluación cognitiva tanto del estímulo como de la respuesta.

En este enfoque, Lazarus y Folkman (1986) proponen de forma útil un conjunto de factores que intervienen en el proceso de estrés.

- **Los estímulos**: potenciales estresores
- **Las respuestas**: reacciones subjetivas ante el estímulo.
- **Los mediadores**: se trata de la evaluación cognitiva del estímulo estresor y de los recursos de afrontamiento como insuficientes.
- **Los moduladores**: factores que pueden aumentar o atenuar el proceso de estrés, sin que lo provoquen, ni lo impidan. (ansiedad, labilidad emocional, buenas relaciones, soporte interno, etc.).

Se trata, pues, de un proceso psicobiológico complejo con diferentes componentes. Una situación inicial (*acontecimiento estresante o estresor*) que pone en alerta a la persona que reconoce el estresor y lo interpreta como peligroso o amenazante (*evaluación cognitiva*), ante lo cual reacciona (activación) ante la amenaza con una *respuesta*, que se manifiesta con unas consecuencias.

En la figura 3, hemos esquematizado el proceso descrito orientado hacia al área de compromiso de este trabajo con la representación de los distintos elementos intervinientes en el proceso descrito por Lazarus y Folkman

enfocados hacia la actividad profesional de la enfermería hospitalaria.

ANALISIS DEL PROCESO DE ESTRÉS (Lazarus y Folkman)

INTERPRETACIÓN HACIA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA

A - Estímulos de estrés (estresor)

Entre los factores de riesgo (estresores) más relevantes para los profesionales de enfermería destacamos los descritos por Peiró (2005):

- ***Ambiente físico de trabajo***: Ruido, iluminación, higiene, toxicidad, falta de espacio físico suficiente para el desarrollo de la actividad.
- ***Contenidos del puesto***: Trabajo por turnos, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos, falta de control, pocas oportunidades para el uso de habilidades, tareas rutinarias, falta de identidad en la tarea, complejidad del trabajo.
- ***Desempeño del rol, relaciones y desarrollo profesional***: Conflicto y ambigüedad el rol, relaciones conflictivas con miembros de equipo, superiores y clientes, inseguridad en el puesto, falta de promoción
- ***Factores organizacionales y nuevas tecnologías***: Estructura y clima organizacional, gestión de recursos, demandas por las nuevas tecnologías

B – Evaluación cognitiva

Se valoran dos facetas: si las exigencias de la acción amenazan el bienestar y si los recursos disponibles para la respuesta son suficientes

C - Respuesta

Reacciones involuntarias y voluntarias al estrés.

- Activación fisiológica promovida por la acción funcional del sistema reticular (Valdés y Flores, 1985).
- Reacciones emocionales: miedo, ansiedad, ira, excitación, depresión, agotamiento, resignación, aislamiento profesional (Fornés, 1992).

D - Consecuencias

Debidas a la respuesta inadaptada del organismo ante los estímulos externos:

- Enfermedades (cardiovasculares, gastrointestinales.)
- Alteraciones psicológicas (depresión, tensión…).
- Deterioro de la conducta y relaciones interpersonales

Las consecuencias afectan a la disminución del rendimiento, incremento de errores, rotación en el puesto, ineficacia de decisiones y absentismo (Tomás-Sábado, et al, 2004)

Figura 3: interpretación del enfoque transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986), en la actividad profesional de la enfermería hospitalaria.

1.2.3. Respuesta del organismo al estrés

Como define Nogareda (1994), la respuesta fisiológica de estrés es "*la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores*". Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del *eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal* y del *sistema nervioso vegetativo*.

Ambos sistemas producen la liberación de hormonas (glucocorticoides, andrógenos, adrenalina, noradrenalina) que, transportadas por la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los diferentes órganos (figura 4).

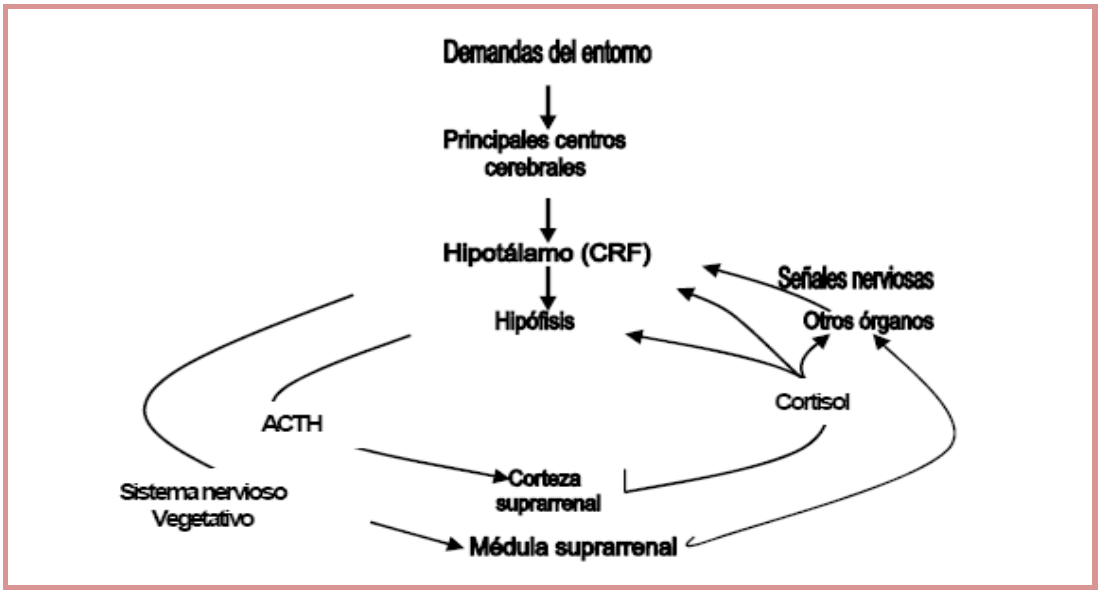


Figura 4. Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipotálamo-hipófiso -suprarrenal (Nogareda, 1994).

Estas hormonas son las responsables de la respuesta orgánica defensiva o de abandono ante el fenómeno de estrés dando lugar a los fenómenos psico-fisiológicos, con un compromiso, en muchos casos, multiorgánico.

1.2.4. Consecuencias del estrés

La literatura científica al respecto (Nogareda, 1994; Mingote y Pérez, 2003; Leza, 2005; Robertson, et al, 2007), vincula el estrés con un aumento de la vulnerabilidad a procesos como infecciones, enfermedades gastro-intestinales, exacerbación de enfermedades crónicas (diabetes, asma, etc.), fatiga crónica, enfermedades autoinmunes, enfermedades cardíacas, hipertensión, depresión, etc.

1.2.4.1. Consecuencias físicas

La respuesta del organismo, ante un agente estresor, va a ser diferente según sea en la fase de inicio de la tensión, en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles si se suprime o mejora la causa, o en una *fase de tensión crónica o de estrés prolongado*, en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadenan distintos tipos de trastornos y manifestaciones (tabla 1).

AFECCIÓN	TENSIÓN (Fase inicial)	ESTRÉS (Tensión crónica)
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca; nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular; tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento del consumo de O_2	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco	Hipertensión, dolor precordial

Tabla 1. Manifestaciones físicas en el proceso de estrés (Nogareda, 1994)

1.2.4.2. Consecuencias Psicosociales

El proceso psicológico del estrés ha sido definido por Enguel como: "*todo proceso originado tanto en el medio exterior como en el interior de la persona que implica un apremio o exigencia adaptativa sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere la activación de los mecanismos psicológicos de defensa*" (Engel 1962).

Un estrés continuo puede generar estados de *ansiedad* que terminan bloqueando el funcionamiento de los *procesos* cognitivos, es decir, nuestra claridad mental. Esta situación derivada de una respuesta ineficaz a los estresores puede concluir, dependiendo de la especificidad de cada individuo, con la aparición de distintos síntomas y signos (tabla 2).

AFECTACIÓN EMOCIONAL
• Apatía e indiferencia, ansiedad, miedo, sensación de inutilidad.
• Depresión, irritabilidad y estado defensivo.
• Fatiga mental (problemas de concentración, pensamiento poco fluido, dificultad para emprender nuevas acciones).
• Negación (Ignorar síntomas, negar problemas, continuar trabajando a pesar de estar demasiado cansado para continuar).
• Arrebatos de emoción (sentimientos que afloran y desaparecen súbitamente).
• Preocupaciones y pensamientos obsesivos: una conciencia continua del evento estresante que irrumpe de manera recurrente.
• Ideas intrusivas: sorpresivas y súbitas, pensamientos que no tienen nada que ver con la tarea mental en curso.
• Pensamientos, sensaciones y emociones persistentes.
• Hipervigilancia: continuo estado de alerta, indagación y búsqueda desproporcionada, que se caracteriza por una tensa expectativa.
• Insomnio y alteraciones del sueño (pesadillas y mal despertar).
AFECTACIÓN CONDUCTUAL (del comportamiento)
• Evasión (del trabajo, de las amistades, de la responsabilidad, etc.).
• Adicciones (Alcoholismo, drogas, juego, derroche).
• Abandono (retrasos en el trabajo, desaseo, vestir descuidado).
• Problemas legales: (deudas, infracciones, accidentes, violencia, etc.).

Tabla 2. Consecuencias psicológicas del estrés

1.2.5. Respuesta interactiva biopsicosocial al estrés

Según afirman Mingote y Pérez (2003), todas las definiciones del estrés comparten un particular interés por el estudio del proceso interactivo entre cada persona y su entorno emocional significativo. Cuando las demandas exceden o superan las capacidades adaptativas individuales, se producen varias alteraciones psicológicas y físicas, que aumentan el riesgo de enfermar. Al contrario, cuando la persona consigue tener éxito en su esfuerzo adaptativo, mejoran sus parámetros biológicos y aumenta su bienestar subjetivo.

El afrontamiento del estrés tiene diferentes consecuencias según el grado de eficacia del procedimiento utilizado. El trabajo realizado en el intento adaptativo conlleva un gasto de energía que se experimenta como desgaste o fatiga psicobiológica (*strain*), junto con la satisfacción por el aprendizaje y el desarrollo personal conseguido. Las distintas estrategias de afrontamiento pueden producir, también, efectos nocivos sobre la salud, bien de forma directa (elevación de la tensión arterial, aumento del número de respiraciones, mayor retención de líquidos, etc.), o bien de forma indirecta (por fumar, comer y beber en exceso, adicción a drogas, etc.). Esto sucede, sobre todo, en personas con determinadas características de personalidad, como las que son muy ambiciosas, competitivas, impacientes y hostiles, las cuales intentan ejecutar las tareas más difíciles, y que requieren un alto esfuerzo para lograrlas.

Cuando fracasa el intento adaptativo en el control del estímulo estresante se produce más fatiga aún, con aumento de los niveles de ansiedad, depresión y hostilidad, y peor rendimiento en las tareas ulteriores por desmotivación, deterioro cognitivo y alteración conductual operativa.

Existe una fuerte evidencia de que la pérdida de capacidad de control sobre aspectos importantes de la propia vida (familiar, laboral y personal) daña, de forma importante, la salud, la autoestima y la autoeficacia, con pérdida de motivación para el trabajo creativo, mayor desconfianza y aislamiento interpersonal, así como mayor riesgo de depresión clínica y de padecimientos somáticos asociados a inmunosupresión. Al contrario, las diferentes

intervenciones psicoterápicas se asocian con mejoría de la inmuno-competencia y mejor autorregulación neuroendocrina, así como una mayor supervivencia.

Desde una perspectiva psicosocial, Mingote y Pérez (2003) proponen una definición integradora del estrés como: "*el resultado individual de una excesiva discrepancia mantenida entre las demandas planteadas y los recursos con los que se cuenta y que produce percepción de riesgo de pérdida de control sobre la situación vital experimentada, y que motiva la realización del esfuerzo necesario para recuperar el control adaptativo*".

Sandín (2003), encuentra tres perspectivas en el estrés que provienen de estímulos sociales: *"estrés vital, estrés de rol y estrés originado por contrariedades diarias o cotidianas*". Para este autor el estrés se origina a causa de la interacción de estos tres factores estresores y de su capacidad de afrontamiento de dichos factores estresores.

Munuera (2004), por su parte, da tres respuestas al estrés en función de los elementos que inciden en el sujeto:

- *Respuesta en el ámbito fisiológico*: con aumento del ritmo cardíaco para un mayor aporte de O2 y nutrientes al organismo.
- *Respuesta en el ámbito psicológico*: con activación del sistema nervioso central para un aumento de las capacidades cognitivas.
- *Respuesta en el ámbito comportamental*: con conductas de enfrentamiento, evitación o pasividad.

Desde una perspectiva integradora, es posible concluir que el estrés para el ser humano es un fenómeno multidimensional que se caracteriza por incluir un estímulo significativo (estresor) capaz de activar la respuesta de estrés, la cual media, tanto en el desarrollo de una personalidad sana como en la génesis de varias disfunciones psicobiológicas, (enfermedades psicosomáticas, trastornos mentales) y enfermedades orgánicas, según sean las diferentes vulnerabilidades y recursos adaptativos individuales.

1.3. El Estrés Laboral

1.3.1. Conceptualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento "La Organización del trabajo y el estrés" (Leka, et al, 2004), define el estrés laboral como "*la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación*". En este sentido, y como hemos valorado en el anterior apartado, tener una cierta tensión es beneficiosa para la persona (el trabajador) ya que le mantiene alerta y le ayuda a aprender y a conseguir los objetivos laborales con la motivación necesaria (eustrés), esa presión, puede ser excesiva para los recursos de activación de la persona o puede prolongarse en el tiempo, reduciendo la capacidad de respuesta (distrés), y dando lugar a las manifestaciones del "estrés laboral".

La Comisión Europea (2000) define el estrés en el trabajo como: "*un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación*".

Existe en la sociedad actual, y sobre todo en nuestra cultura, una interpretación generalizada de la connotación penosa del trabajo[4] por la que, y coincidiendo con Gil y Peiró (1997), se podría afirmar que "*no existe trabajo sin estrés*".

[4] Esta connotación *penosa del trabajo* se ha fundamentado desde las culturas y estructuras sociales más antiguas. El referente del trabajo como "castigo" por el pecado de desobediencia del hombre a su Creador, aparece descrito claramente en la Biblia (Génesis 3: 17-19) en el que se expulsa al hombre del Paraíso Terrenal y se le obliga a trabajar para subsistir y así se transcribe: " *Porque hiciste caso a tu mujer y comiste del árbol que yo te prohibí, maldito sea el suelo por tu culpa. Con fatiga sacarás de él tu alimento todos los días de tu vida. Él te producirá cardos y espinas y comerás la hierba del campo. Ganarás el pan con el sudor de tu frente, hasta que vuelvas a la tierra, de donde fuiste sacado. ¡Porque eres polvo y al polvo volverás!".*

El estrés laboral es uno de los fenómenos que cada vez están teniendo más importancia en el trabajo por los problemas de salud que genera en las personas, con un alto coste, tanto para quien lo padece, como para las empresas. La Encuesta sobre Calidad de Vida Laboral realizada en 2007 por el Ministerio de Trabajo e Inmigración concluye que el 55,1% de las personas ocupadas en España, manifiestan niveles medios o altos de estrés.

El informe "Mental Health in the Work Place: Introduction" (Gabriel y Liimatainen, 2000), encargado por la Organización Internacional del Trabajo señala que, aunque existen grandes diferencias entre los países en cuanto a las prácticas laborales y condiciones de trabajo, parece que existen elementos comunes que relacionan la incidencia elevada de estrés laboral con los cambios que se producen en el mercado laboral, debido a la globalización económica. Según este informe, los problemas de salud mental relacionados con la actividad laboral han aumentado en un gran número de países desarrollados (Estados Unidos, Finlandia, Polonia, Reino Unido, etc.), hasta el punto que 1 de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio.

En la Unión Europea, el estrés laboral se ha definido como uno de los principales problemas actuales de salud laboral, que supone un coste económico y social importante. Este problema ocupa el cuarto lugar en la frecuencia de problemas de salud de los trabajadores, padeciéndolo un 23% según la IV Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (Parent-Thirion, et al, 2007) y provocando el 55% del absentismo laboral. Su frecuencia ha hecho que algunos autores (Caprarulo, 2006), definan el estrés laboral como la "pandemia" del siglo XXI.

El origen del estrés laboral según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo (2007) está entre otros aspectos, en la precariedad laboral, inseguridad en el puesto, grandes demandas e intensidad de la actividad, excesiva exigencia emocional del trabajo y en los desequilibrios entre la vida laboral y personal.

Mansilla (2009), a este respecto, establece que el estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea y afecta anualmente a cuarenta millones de trabajadores suponiendo para sus países miembros un coste de 20.000 millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad, y en Estados Unidos, el estrés laboral ha llegado a suponer un coste de hasta los 200.000 millones de dólares anuales.

Peiró (2001), considera que durante las últimas décadas se han producido importantes transformaciones en el mundo del trabajo y la actividad que se desarrolla, lo que nos obliga a analizar el estrés laboral desde distintas perspectivas.

En primer lugar, el trabajo está evolucionando de ser predominantemente una actividad física a ser una actividad mental, de procesamiento de información, de resolución de problemas, de gestión del conocimiento, etc. Además, cada vez con mayor frecuencia, la actividad laboral implica gestionar la incertidumbre y la ambigüedad.

Se constata igualmente un *incremento del trabajo en equipo* supliendo al clásico trabajo individual, que requiere de otro tipo de planteamientos y competencias, difuminándose la clásica definición de los puestos de trabajo y competencias.

También se ha producido un incremento de la flexibilidad en el trabajo que se caracteriza por una mayor rotación, mayor diversificación de formas contractuales en cuanto a la temporalidad, dedicación y flexibilidad horaria, al igual que una polivalencia en las cualificaciones y competencias.

En cuanto al tipo de actividad, los actuales criterios de calidad en el sector servicios hace relevante *la interacción positiva con el cliente*, lo que va a incrementar a las demandas físicas, las demandas emocionales en el desarrollo de la actividad.

Todos estos cambios suponen transformaciones importantes en la actividad laboral y en la forma de organizarla y, a la vez, requieren una

revisión del concepto de estrés desde un punto de vista *menos individualista* y *más colectivo* o compartido por un grupo de personas, debiéndose abordar el análisis de *estresores colectivos* del contexto, factores estructurales de la organización y el sistema de gestión del trabajo, aspectos que afectan globalmente a un grupo importante de trabajadores, no quedándose dicho análisis en las fuentes de estrés más directamente relacionadas con la persona o su puesto de trabajo.

1.3.2. Modelos teóricos

El interés socio-laboral por los efectos del estrés, tanto sobre el individuo como sobre la organización, ha dado lugar a la elaboración de diferentes modelos teóricos que explican su origen y proceso y lo definen desde diversas perspectivas. Grau (2008), tras un análisis de los diferentes modelos establece que todos ellos coinciden en señalar que la exposición a situaciones estresantes provoca una respuesta del organismo a nivel fisiológico, cognitivo y motor, respuesta que, si se prolonga en el tiempo, origina efectos nocivos en el organismo. Entre estos modelos, y por su adaptación a nuestro estudio destacamos los siguientes:

1.3.2.1. Modelo de interacción entre demandas y control (Karasek, 1979)

Modelo representado fundamentalmente por Karasek (1979), en el que el estrés laboral sería el resultado de unas altas demandas psicológicas, y un bajo control en la toma de decisiones (figura 5).

Según este modelo se pueden producir las siguientes situaciones:

- Alto estrés: Coincide con altas demandas y bajo control.
- Bajo estrés: Existen bajas demandas psicológicas y alto control en la toma de decisiones.
- Estrés Activo: Existen altas demandas psicológicas y alto control.

- Estrés pasivo: Se caracteriza por b ajas demandas y un bajo control.

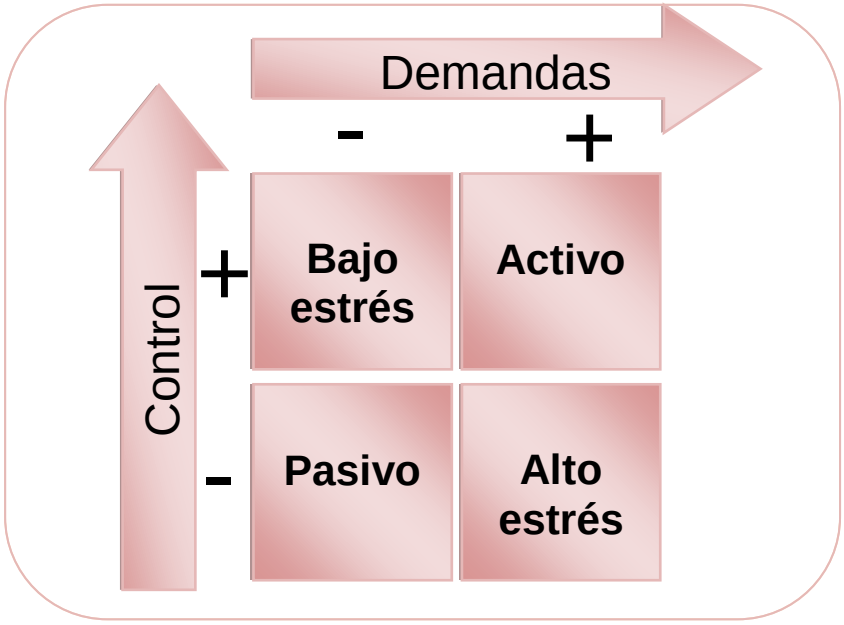


Figura 5. Modelo de interacción entre demandas y control (Karasek, 1979)

Las altas demandas pueden ser originadas por el ritmo laboral, cargas elevadas de actividad, órdenes contradictorias, interrupciones, dependencia de los demás, etc.

El control está relacionado con los recursos del trabajador para hacer frente a las demandas (grado de autonomía, formación, habilidades, etc.).

Este modelo se relaciona con un mayor riesgo de procesos físicos (enfermedad coronaria), con trastornos psicológicos y con trastornos músculo-esqueléticos, sobre todo en las extremidades superiores (Collins, et al, 2005).

1.3.2.2. Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social (Johnson y Hall, 1988; Karasek y Theorell, 1990)

Este modelo, ampliando el modelo anterior, aborda la influencia de las relaciones y el apoyo social en el estrés y más concretamente en el estrés

laboral. Se fundamenta en el beneficio del apoyo social, como elemento modulador clave que disminuye los efectos negativos del estrés. A mayor apoyo social en el trabajo se describe menor nivel de estrés y, consecuentemente, a menor apoyo social aparece un estrés más fuerte y negativo.

En este modelo va a influir de forma notable la cantidad y calidad de apoyo social aportado por superiores y compañeros de trabajo, siendo un potente amortiguador del estrés laboral ante las altas demandas y bajo control. La acción preventiva de estrés se basa en la optimización de las exigencias laborales y aumentando la posibilidad de control del trabajador sobre las condiciones laborales (figura 6).

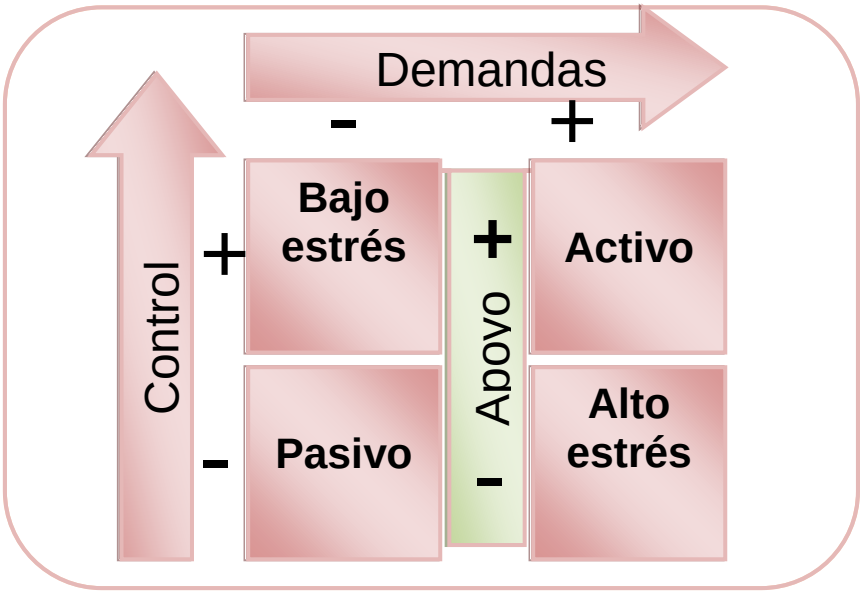


Figura 6. Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social. (Johnson y Hall, 1988; *Karasek y Theorell, 1990)*

González y Garrosa (2007), diferencian dentro del apoyo social el apoyo emocional, apoyo de estima, apoyo tangible (ayuda material física o económica), apoyo informacional (basado en la información y consejo para la resolución del problema) y apoyo de integración social.

Barrera y Ainley (1983), establecen que el apoyo social en el proceso de estrés laboral está integrado por los factores de: orientación directiva, ayuda especializada no directiva, interacción social positiva y ayuda tangible.

Como afirma Mansilla (2009), el apoyo social hace fundamentalmente referencia a las relaciones interpersonales en el trabajo (entre compañeros y jefes o subordinados), y éste puede verse influido e influir en cambios en la organización del trabajo y del clima laboral.

1.3.2.3. Modelo de desajuste entre demandas y recursos (Harrison, 1983; Demerouti, et al, 2001)

Este modelo vincula el estrés laboral a una falta de recursos del trabajador para satisfacer las exigencias y demandas del trabajo que desarrolla, produciéndose un claro desequilibrio en la relación trabajador - trabajo (figura 7).

Figura 7: Modelo de desajustes entre demandas y recursos

Moreno, et al, (2009), refiriéndose a la propuesta formulada por Demerouti, et al, (2001), con respecto al modelo demandas-recursos, inciden en su relevancia y utilidad para analizar el estrés laboral. Definen las demandas laborales como los aspectos de la actividad laboral que requieren un importante esfuerzo de los trabajadores, a través de demandas físicas, cognitivas y/o emocionales, que provienen de la organización y de la propia profesión, diferenciando este aspecto de los recursos laborales con los

aspectos del trabajo que pueden disminuir las demandas laborales y facilitar el desarrollo de la actividad y la consecución de los objetivos, así como facilitar el desarrollo personal y los retos.

Jamal (2005), establece que cuanto mayor sea el desequilibrio, provocado por el desajuste entre las demandas requeridas por el trabajo y las capacidades/recursos individuales para hacerles frente, mayor será la experiencia de estrés y sus manifestaciones.

1.3.2.4. Modelo de desajuste entre esfuerzo y recompensa (Siegrist, 1996a)

A nivel conceptual resulta parecido al modelo descrito anteriormente cambiando los elementos demandas del trabajo y recursos del trabajador por los elementos esfuerzo realizado y recompensa recibida.

Siegrist, (1996a) establece que el estrés laboral es el resultado de un desequilibrio entre el alto esfuerzo realizado en el trabajo y una baja recompensa (figura 8).

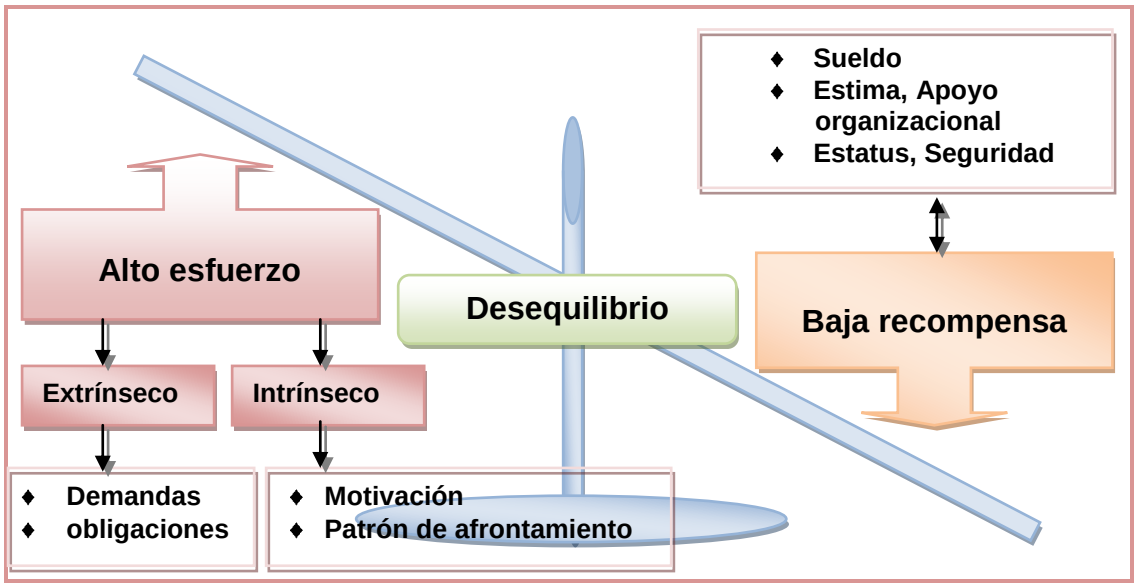


Figura 8: Modelo de desequilibrio entre esfuerzo y recompensa (Siegrist, 1996a)

En este modelo el estrés laboral es la consecuencia de un elevado esfuerzo en el trabajo que no es compensado con un sueldo adecuado a la actividad y un bajo control sobre el estatus profesional, lo que disminuye la autoestima y el rendimiento del trabajador, asociándose igualmente con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y deterioro de la salud mental (Siegrist, 1996a; Fernández-López, et al, 2003; Smith, et al, 2005).

1.3.2.5. Modelo centrado en las estrategias de dirección y sistemas de recursos humanos (Matteson e Iváncevich, 1987)

Este modelo, también definido como "Modelo orientado a la dirección" (Mansilla, 2009), es un modelo de alta repercusión en el ámbito doctrinal del estrés laboral y burnout, y que mejor aborda los objetivos de nuestro estudio.

Se trata de un modelo muy completo que partiendo de la propuesta de Matterson e Ivancevich (1987), ha sido actualizado en los últimos años siendo uno de los modelos de referencia en el estrés laboral en la actualidad. El modelo estudia los factores estresores que aparecen en las organizaciones y están relacionados con *el puesto de trabajo*, *la estructura de la empresa*, *los controles organizacionales*, *el sistema de salarios y recompensas* y *el sistema de recursos humanos y liderazgo*. Asimismo incluye los factores del entorno que inciden en el individuo como la familia y las relaciones familiares, los económicos y las relaciones con los amigos o los iguales.

Dichos factores estresores mencionados condicionan la percepción cognitiva de las circunstancias por parte del trabajador incidiendo sobre los resultados psicológicos, fisiológicos y comportamentales de dicha percepción y sobre las consecuencias en la salud del trabajador y en su desempeño en la organización o centro de trabajo (figura 9).

Morett, et al (2007), en sintonía con este modelo afirman que "*"Los antecedentes organizacionales son los que mayor capacidad predictiva demuestran en el desarrollo del desgaste profesional"*.

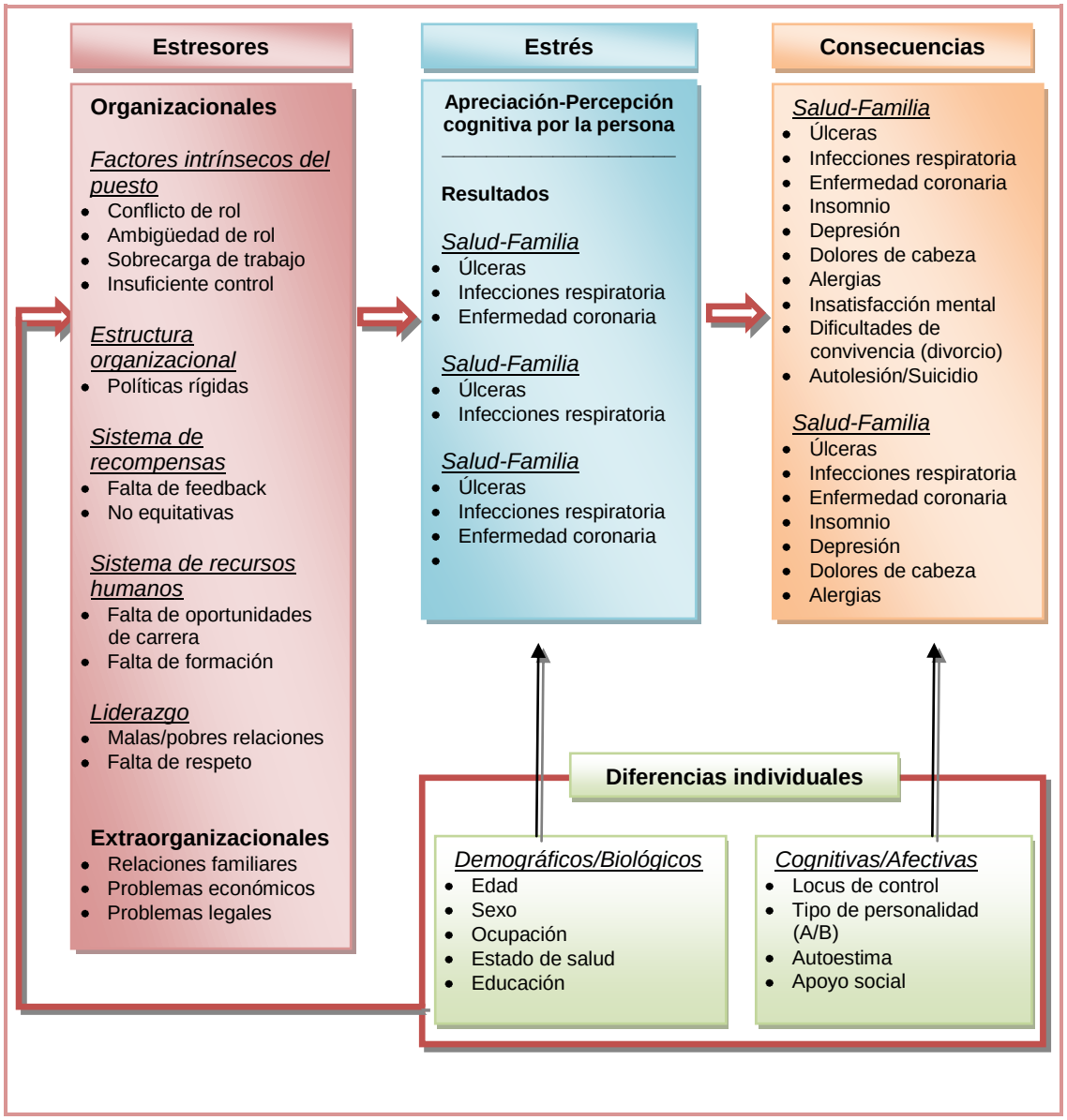


Figura 9: *Modelo centrado en las estrategias de dirección y Sistemas de recursos humanos (Matteson e Iváncevich, 1987)*

Gil-Monte (2005), destaca seis factores estresantes en el sistema organizacional:

1. La sobrecarga del trabajo.

2. Las posibilidades de controlar el proceso de trabajo (autonomía para tomar decisiones, posibilidad de resolver los problemas, asumir las responsabilidades personales).

3. Recompensas materiales y sociales.

4. Apoyo social en el trabajo y sentido de pertenencia a la institución

5. Claridad de los objetivos y procesos de la organización (equidad, justicia, respeto).

6. Congruencia entre los valores individuales y organizacionales

Aunque alguno de estos factores, independientemente de las causas que lo originen, sufra un quebranto, tenga lugar un desajuste en las relaciones laborales o un deterioro en la actividad profesional, si el resto de las áreas están coordinadas puede superarse el problema, lo cual implica que la coordinación y ajuste de estas áreas necesite unas medidas preventivas que puedan lograr el control de la situación del entorno en un momento de crisis entre los sujetos implicados.

Salanova y LLorens, (2008), relacionan los anteriores modelos de demandas-recursos y control con el modelo del sistema organizativo y sistema de recursos humanos estableciendo que, en muchos casos, la causa del estrés en una organización no está en un sujeto determinado o en las relaciones entre el personal, sino en la misma empresa, en sus altas exigencias y los bajos recursos laborales que pone a disposición del personal al que, como hemos dicho, se le exige demasiado. El personal individualmente y en muchos casos colectivamente, no pueden cumplir las demandas y se producen situaciones de estrés. La solución pasa, según los investigadores, por reestructurar la estrategia de la empresa: *"aumentando la variedad de tareas, o resolviendo conflictos de rol, mejorando el estilo de liderazgo, etc. Es posible también la combinación de estrategias tanto individuales como organizacionales. La elección de las estrategias más adecuadas siempre dependerá de los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales realizada"*.

1.3.3. Fuentes del estrés laboral

De entre los distintos estresores laborales y siguiendo la línea argumental de Martín (1993), destacamos los que se derivan de las d*emandas del propio trabajo* y de *las características personales del trabajador*.

1.3.3.1. Demandas del trabajo

Hacen referencia a todo tipo de exigencias y características del trabajo y de su organización, que pueden ser factores desencadenantes del estrés. Para muchos autores (Reig, et al, 1986; Peiró, 2005; Gil-Monte, 2005; Párraga, 2005; Martín, et al, 2006; Martín, 2007; Cáceres, 2006; López, 2009; Grazziano y Ferranz, 2010; Cremades et al, 2011), sería la naturaleza de estas demandas la que originaría de forma primordial, y por encima de todo lo demás, el estrés laboral.

Así pues, el estrés laboral tendría su origen en el tipo de demandas externas que se producen. Entre los estresores externos, gran parte de los autores citados coinciden en las descritas por Martín (NTP 318, 1993):

- *Sobrecarga de trabajo:* Tanto la cantidad como la calidad o complejidad de la actividad así como el tiempo disponible para realizarla sobrepasan la capacidad del trabajador para responder adecuadamente.
- *Infracarga de trabajo:* El volumen del trabajo insuficiente para mantener un mínimo nivel de activación en el trabajador.
- *Infrautilización de habilidades:* las actividades y destrezas de la tarea están por debajo de la capacidad profesional del trabajador.
- *Repetitividad:* Existe poca variedad en las tareas a realizar (son monótonas y rutinarias) y/o se repiten con frecuencia.
- *Ritmo y turno de trabajo:* Poca autonomía en la organización del trabajo; turnos irregulares (turnicidad variable, nocturnidad).

- *Ambigüedad de rol:* Existe escasa o inadecuada información al trabajador sobre su rol laboral y el rol organizacional.

- *Conflicto de rol:* Existen órdenes conflictivas, contradictorias o que el trabajador no desea cumplir. Oposición ante las distintas exigencias del trabajo y conflictos de competencia.

- *Relaciones personales:* Problemas en las relaciones que se establecen en el ámbito laboral tanto con los superiores y subordinados como con los compañeros; falta de trabajo en equipo.

- *Inseguridad en el trabajo:* Incertidumbre acerca del futuro en el puesto de trabajo (despido, cambio de ubicación).

- *Promoción:* La organización dificulta o no ofrece posibilidades para desarrollar las expectativas del trabajador de ascenso en la escala jerárquica o de mejorar su formación y desarrollo profesional.

- *Falta de participación:* La empresa anula o no facilita la iniciativa, la toma de decisiones, la consulta a los trabajadores tanto en temas relativos a su propio trabajo como en otros aspectos del ámbito laboral.

- *Control:* Existe una amplia y estricta supervisión por parte de los superiores, restringiendo el poder de decisión y la iniciativa de los trabajadores.

- *Formación:* Falta de entrenamiento o de aclimatación previo al desempeño de una determinada tarea.

- *Cambios en la organización:* Cambios en el ámbito de la organización que suponga por parte del trabajador un gran esfuerzo adaptativo que no es facilitado por la empresa.

- *Responsabilidad:* La tarea del trabajador implica una gran responsabilidad (tareas peligrosas, responsabilidad sobre personas).

- *Contexto físico:* Problemas derivados de la estructura y del ambiente físico del trabajo, que molestan, dificultan e impiden la correcta ejecución de las demandas del trabajo y que, por su peligrosidad, puedan provocar en el individuo un sentimiento de amenaza que incida en la ejecución de la tarea (iluminación, ruido, temperatura, tóxicos, riesgos biológicos, etc.).

1.3.3.2. Características de la persona

Numerosos investigadores han demostrado que existe una influencia de ciertas características personales en la aparición y diversidad de manifestación del estrés laboral (Gray-Toft y Anderson, 1981; Reig y Caruana, 1989a; Flórez, 1991; López, 2008; Martín y Zarco, 2010; Salinas, 2012; Rodríguez, 2013).

El modo de actuación de estas características en la generación del estrés proviene de la descompensación, desequilibrio o incongruencia entre lo que exteriormente es demandado u ofrecido y lo que los individuos necesitan, desean o son capaces de hacer.

Entre estas características personales existen ciertos *aspectos de la personalidad* que hacen a las personas más vulnerables al estrés laboral como: las personalidades *perfeccionistas* o *con elevadas metas*; *las personalidades dependientes*, *agresivas*, *ansiosas*, *introvertidas*, *rígidas*.

Igualmente tienen mucha importancia otros aspectos como:

- La formación, las destrezas y conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad (intelectual y física) de la persona.
- La mala condición física y los malos hábitos de salud.
- Las necesidades del individuo: (de contacto social, de intimidad, de reconocimiento personal, de autorrealización, etc.); las aspiraciones y expectativas personales y profesionales; Los valores, etc.

1.3.4. Manifestaciones del estrés laboral

Existe evidencia científica que relaciona las experiencias de estrés laboral con molestias y manifestaciones que afectan a la esfera integral del trabajador, y que pueden dar lugar a alguno de los siguientes problemas:

- *Físicos*: Tensión, dolor muscular, excitación, cansancio, cefaleas, patología intestinal y gástrica (úlcera gastroduodenal), patología respiratoria, hipertensión, alteraciones cutáneas (dermatitis), etc.

- *Psicológicos*: Dificultad de concentración, bloqueos mentales, trastornos del sueño, ansiedad, trastornos de personalidad y estado de ánimo, sentimientos de culpabilidad, hostilidad, depresión, etc.

- *Conductuales*: Abandono de actividades sociales, cambios en hábitos de vida, disfunciones en las relaciones personales, comportamientos inseguros, bajo rendimiento laboral, mayor siniestrabilidad laboral, baja productividad, cambios bruscos de humor, abuso de barbitúricos, estimulantes u otras sustancias (café, alcohol, tabaco, etc.), absentismo laboral.

1.3.5. Estrés laboral en la enfermería hospitalaria

La enfermería, como afirman Pla, et al (1999) por sus características específicas, (profesión humanista y vocacional centrada en el aporte de ayuda y cuidados a las personas, que en su práctica está sometida a una elevada responsabilidad, muchas y complejas relaciones interpersonales y exigencias socio-laborales), es una profesión cuyos componentes tienen gran riesgo de padecer estrés laboral.

Artiaga (1997) define a la enfermería hospitalaria como la que más elevados índices de agotamiento personal presenta, unido además a una despersonalización, baja realización en el trabajo, baja autoestima y escaso reconocimiento de su papel (rol) profesional.

Circunstancias propias del entorno así como del trabajo desarrollado por la enfermería hospitalaria como: *la sobrecarga de actividad*; *un elevado número de horas viviendo situaciones de sufrimiento del paciente*; *ser el intermediario entre el paciente, el médico y la familia*; *soportar criticas y exigencias de ambos lados*; *la devaluada imagen de la profesión*; *el escaso reconocimiento social* y *las dificultades organizativas*, entre otros aspectos, constituyen el marco adecuado para que pueda instaurarse el estrés laboral con todas sus manifestaciones psicofísicas y/o el *síndrome burnout*. Estos aspectos hacen de los profesionales de enfermería hospitalarios, como establecen Pamplona, *et al*, (1999), uno de los grupos profesionales con mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el estrés laboral y, como establecen varios estudios (Rodríguez y López, 1996; Cuevas, et al, 1998), el que tiene el mayor índice de abandono profesional.

El estrés laboral del que es víctima el profesional de enfermería, se evidencia en su esfera físico-psico-conductual y profesional, repercutiendo en la salud personal y en la actividad que desarrolla con las personas (pacientes).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2009), en su revista "la Enfermería Importa" en la que aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador, introduce el tema con un argumento de Dewe (1987) en el que se relaciona la disciplina "Enfermera" y su actividad profesional como un enclave óptimo para la producción de estrés afirmando: "*Si se quisiera crear el entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería como acontecimientos que éste encuentra en su trabajo diario. Entre ellos pueden mencionarse un ambiente cerrado, presiones de tiempo, ruido o silencio excesivos, cambios repentinos de tareas intensas a otras más ligeras, imposibilidad de subsanar errores, vistas y sonidos desagradables y largas horas de pié*".

Según este planteamiento, con el que coinciden otros estudios (Tsutsumi y Kawakami, 2004; Cooper, 2005), el estrés laboral en general

mantiene una relación con la enfermería hospitalaria y se produciría por las características específicas de su actividad, independientemente de las presiones del trabajo.

Según se pone de manifiesto en numerosos estudios mencionados anteriormente, las enfermeras hospitalarias, objeto de nuestro estudio, a pesar de haber elegido de forma voluntaria la profesión, se sienten cansadas, quemadas e insatisfechas del trabajo que realizan, atribuyendo esta situación, en muchos de los casos, a la mala organización de la unidad de trabajo y del conjunto del hospital (clima organizacional y gestión de recursos), aspectos de especial interés en este trabajo.

Los factores que con mayor frecuencia se ponen de manifiesto como propiciadores de estrés (estresores) en el ámbito laboral de la enfermería son:

- *Relativos al paciente:* relación continuada con procesos de sufrimiento, dolor y muerte, órdenes médicas poco claras y con escasa información de la situación al paciente, miedo a equivocarse, interrupciones frecuentes de la tarea, sensación de impotencia frente al dolor humano, realización de cuidados dolorosos al paciente, falta de tiempo para dar apoyo al paciente, falta de tiempo para realizar el trabajo de forma adecuada, temor a los familiares por actuaciones judiciales, etc.

- *Relativos a condiciones laborales:* Escasez de tiempo y de personal, elevadas cargas de trabajo, problemas de espacio físico, problemas de rol (indefinición de funciones), salarios bajos, falta de implicación en el equipo de trabajo, escasa participación en la toma de decisiones, inexistencia de promoción profesional, falta de información y formación específicas adecuadas, fallos en el canal de comunicación, malas relaciones interprofesionales e intergrupales, exceso de tareas administrativas, miedo a cometer errores, recibir información incompleta e insuficiente de los médicos, alteraciones de la vida social personal por problemas de la organización de la actividad (turnos de trabajo),

problemas de relación entre compañeros, falta de apoyo de superiores y subordinados, tomar decisiones en situaciones de urgencias, etc.

En base a los objetivos del trabajo abordamos el análisis pormenorizado de los estresores laborales relacionados con la estructura organizativa y gestión de recursos como factores etiológicos de un elevado nivel de *estrés laboral colectivo* entre los profesionales de enfermería de atención especializada por lo que es importante considerar todos los aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, organización y clima laboral entre los que caben destacar:

- Falta de desarrollo y crecimiento profesional (déficit de líneas de formación, cualificación y desarrollo).
- Escasa autonomía y participación en la toma de decisiones.
- Deficientes relaciones funcionales entre los miembros del equipo (indefinición de funciones; responsabilidades poco claras).
- Entorno laboral opresivo y amenazante (compañeros, superiores pacientes y familiares); agresiones verbales y/o físicas, etc.
- Diferentes líneas de autoridad y dependencia jerárquica.
- Incertidumbre en la actividad por falta de información, riesgos legales de la práctica (errores, órdenes verbales, etc.).
- Excesiva burocratización; verticalidad jerárquica y falta de liderazgo.
- Condiciones físicas del entorno deficientes (ruidos, riesgos biológicos, radiaciones, materiales inadecuados, etc.).
- Turnos rotatorios de trabajo (el 60% de los profesionales de enfermería de atención especializada tienen un sistema de turnos rotatorios). Cambios frecuentes de unidad y equipo de trabajo.
- Falta de soporte social interno.

1.4. El Síndrome de Burnout

1.4.1. Conceptualización

El término “burnout” es de origen anglosajón y su traducción se ha relacionado con términos variados y dispares como quemarse, cansarse, fatigarse, fundirse, agotarse, sentirse agotado o gastado ("volverse inútil por exceso de uso o trabajo"). En nuestro país, adaptando la traducción del término inglés "burnout," se denomina también a este síndrome como "síndrome de quemarse por el trabajo", "síndrome de desgaste profesional", "síndrome de estrés crónico asistencial" o "síndrome de desgaste emocional".

Conceptualizar sobre el denominado *Síndrome de Burnout* implica el fundamentar dicho concepto en el de *"estrés"*, y si bien es cierto que existen una amplia diversidad de definiciones, confirmada en un amplio estudio de revisión realizado por Gil-Monte (2003) y que generan cierta confusión, existe un amplio consenso en todos los estudios de investigación revisados en relacionar este síndrome con el estrés crónico derivado de las condiciones laborales y características del trabajo.

Conforme a este planteamiento, *el estrés laboral,* como se ha visto anteriormente, se produce *cuando no se da un ajuste o acoplamiento adecuado entre la persona y el trabajo que realiza, ya sea porque las actitudes y capacidades de dicha persona no corresponden a las que el trabajo requiere, o porque la realidad contextual dificulta la realización de su trabajo, o porque el trabajo no satisface las necesidades o expectativas de la persona* (Reig, et al, 1989a).

Existen tres tipos de factores generadores de tensión o estrés que pueden concluir en el síndrome de burnout (Figura 10):

1.- Factores determinados por las características personales.

2.- Factores relacionados con el trabajo.

3.- Factores del entorno social.

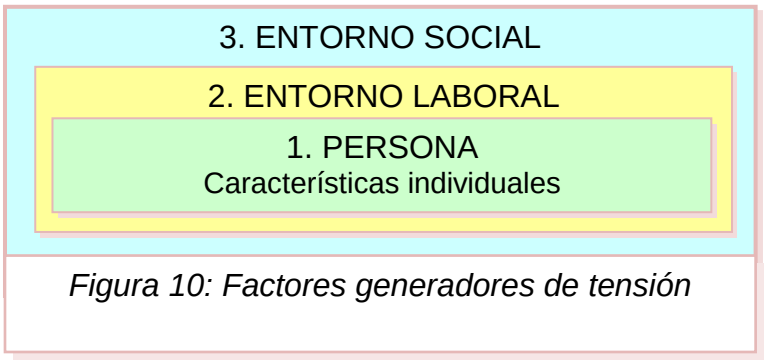


Figura 10: Factores generadores de tensión

Existen algunos estudios que explican el estrés laboral a partir de las características individuales (Fornés, et al 1993), otros que lo relacionan con factores ambientales, pero en los que se van a fundamentar este estudio son los *factores relacionados con el trabajo que se realiza,* y *más en particular en el trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada, y que van a originar el problema de salud definido como el "síndrome de burnout"* cuya traducción literal sería el proceso de "estar quemado" por los distintos condicionantes o estresores que se derivan del desarrollo de la actividad profesional. En este sentido, Farber (1983), concretaba la definición del SB como: "*la respuesta al estrés laboral en la progresión de intentos fracasados de manejar una variedad de situaciones negativas del trabajo*".

Según se pone de manifiesto en un número importante de estudios realizados en los últimos años y que se referenciarán a lo largo de este trabajo, se han identificado, analizado y evaluado un gran número de estresores que afectan al personal de enfermería en el desarrollo de su actividad profesional y que van a provocar repercusiones, tanto en la salud del profesional como en su actividad, entre las cuales, una de las más importantes por sus negativas consecuencias es el *"*síndrome de burnout*".*

La exposición crónica a los estresores laborales lleva a muchos trabajadores a sufrir un síndrome de *"*desgaste" o "burnout", término utilizado hace cuatro décadas en el ámbito de la psicología por Freudenberger (1974), definiendo dicho síndrome como: "*un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no*

produce el esperado refuerzo". La causa del síndrome, según el autor, es el desequilibrio originado por la desproporción entre el esfuerzo realizado en la actividad profesional y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional. Freudenberger, desde una perspectiva clínica, señala la existencia de un patrón conductual, actitudinal y afectivo bastante homogéneo por el que los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en prestación de servicios, se vuelven menos sensibles, poco comprensivos e incluso agresivos, manteniendo un trato distanciado y frio hacia sus clientes/pacientes, como consecuencia del contacto diario con su trabajo.

Maslach y Jackson (1982), desde una perspectiva psicosocial, conceptualizan sobre el "burnout" y lo definen como: "*un síndrome caracterizado por: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización* (con desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas para las que se trabaja y con quien se trabaja), *falta de interés y motivación por el trabajo con disminución del sentido de realización personal, pudiendo progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso".* Según el análisis planteado por Maslach y Jackson (1981b), este síndrome se origina principalmente en las "*profesiones de ayuda*", es decir, las que desarrollan su actividad en grupos humanos prestando un servicio público, como los sanitarios, educadores, agentes sociales (policías, bomberos, militares), etc.

En esta línea de desarrollo del burnout en las profesiones de ayuda, Price y Murphy, (1984) define el síndrome como: *"una adaptación a la pérdida progresiva de idealismo, objetivos y energía de las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, debido a la difícil realidad del trabajo".*

Edelwich y Brodsky (1980) definen el burnout como "*una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales*". Describe cuatro fases en el síndrome: la primera la define como fase de "entusiasmo", en la que el profesional tiene grandes expectativas (poco realistas). tras esta fase y ya conociendo la realidad del trabajo pasa a una segunda fase de "estancamiento" en la que no ve reconocida su actividad, a la que sigue una tercera fase de

"frustración", para concluir en una cuarta fase de "apatía" o "indiferencia" hacia la profesión y su actividad laboral.

García (1991), coincide con estos planteamientos y establece que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”.

La explicación del porqué son las profesiones asistenciales y de ayuda las más afectadas por este tipo de síndrome está intrínsecamente unida con la etiología del burnout. Por un lado, son las profesiones asistenciales las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo. Sin embargo, el choque que experimentan los profesionales, al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, puede estar determinando su comportamiento; de tal forma, la diferencia entre expectativas de actividad humanizada y realidad, está contribuyendo en gran medida al estrés que experimentan muchos profesionales asistenciales.

Pines, et al (1981) proponen una definición más amplia del síndrome, no exclusivo de las profesiones de ayuda. Conceptualizan el burnout como: “*el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes*”.

En nuestro país Gervás y Hernández (1989), denominaron al síndrome de burnout como enfermedad de Tomás, y otros estudios definen al Síndrome de burnout como Síndrome de desgaste profesional (Vega y Pérez 1998), o como síndrome de "quemarse por el trabajo" (Gil-monte y Peiró, 2000; Gil-monte, 2003, 2005; Gil Monte y Moreno, 2007; Grau, 2008), término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en los últimos 15 años en España.

Gil-Monte y Moreno (2007), definen el síndrome como “*una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el*

trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional".

Rodríguez (2013) define el burnout como: *"un síndrome de agotamiento con pérdida de energía padecido por trabajadores que se ven superados por las dificultades en las relaciones laborales o porque se sienten presionados, amenazados y desbordados, cuando sus esfuerzos por comprender la situación y resolverlas les resultan infructuosos. Es un tipo de agotamiento mental y físico generado por el estrés prolongado, motivado por la sensación que produce la realización de esfuerzos que no se ven compensados"*.

Schaufeli y Buunk, (2003), han definido este síndrome como "*el resultado de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador y la cruda realidad de cada día en la vida profesional*".

Vinaccia y Alvaran (2004) justifican este síndrome en base a que las personas ante una situación de estrés crónico, emplean el escape o la evitación como una forma de enfrentamiento al problema de estrés, que no solo no resuelve la situación, sino que generalmente da paso a un proceso acumulativo de malestar prolongado que acaba por desgastar al profesional, que termina por sentirse totalmente indefenso.

Maslach y Jackson (1986) proponen tres constructos interrelacionados en el burnout: *agotamiento emocional* (AE) referido a la disminución y pérdida de recursos emocionales, *despersonalización* (DP) o deshumanización con el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio y *realización personal* (RP) en cuanto a la evaluación negativa del trabajo, insatisfacción profesional y baja autoestima, que se integran como dimensiones medibles en el cuestionario planteado por dichas autoras como instrumento de medición del síndrome definido como Maslach Burnout Inventory (MBI). Este instrumento de medición se basa en un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.

1.4.2. Desarrollo del Síndrome de burnout

Al igual que en la conceptualización sobre el síndrome de burnout, existen varias perspectivas sobre la fundamentación y desarrollo de dicho síndrome por el orden secuencial en que se dan las dimensiones que lo conforman, diferenciándose en base al modelo teórico de referencia.

Como ya hemos visto, para Maslach y Jackson (1982), la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial.

El mismo orden secuencial plantea Leiter (1993), que considera que se inicia el SB con la aparición de sentimientos de agotamiento emocional seguido de actitudes de despersonalización y por último, quedarían reducidos o alterados los sentimientos de realización personal. En esta línea, Posig y Kickul, (2003) definen la presencia de relaciones significativas entre agotamiento emocional y despersonalización, planteándose la independencia de la variable realización personal.

Otros estudios defienden que la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional son las dimensiones que describen realmente al síndrome de burnout y que la despersonalización sería una estrategia de afrontamiento (Cox, et al, 1993).

Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que el proceso de desarrollo del síndrome de burnout se inicia con actitudes de despersonalización, desarrollándose posteriormente los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional.

Gil-Monte, et al, (1995) exponen que esta respuesta al estrés laboral crónico es un proceso que se inicia con el desarrollo de ideas sobre fallo y fracaso profesional y con el desarrollo de actitudes negativas hacia el rol

profesional (falta de realización personal en el trabajo) junto a sentimientos de agotamiento emocional y, posteriormente se da lugar a sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización y cinismo), que para estos autores se interpretan como una estrategia de afrontamiento. Así, para los autores, la modificación de las dimensiones de realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, modificará las actitudes de despersonalización.

Independientemente de estos distintos planteamientos en cuanto al desarrollo del síndrome de burnout, Grau (2008), destaca los siguientes elementos coincidentes de la literatura al respecto:

- La dimensión "agotamiento emocional" es el más referenciado, analizado y aceptado en la descripción del SB. Algunos autores plantean al respecto, que el agotamiento emocional tiene tanta importancia en el desarrollo de este síndrome que podría aislarse como único factor del mismo (Shirom, 1989), aunque la mayoría de los estudios que analizan el desarrollo del SB, considerando que el agotamiento emocional es un factor necesario e importante, pero no suficiente para describir el síndrome en todas sus dimensiones (Maslach et al, 2001).

- Existe una gran coincidencia en distintos estudios que establecen una relación causal desde el agotamiento emocional hacia actitudes de despersonalización.

- Se describe en bastantes estudios que las actitudes de distanciamiento y despersonalización tienen un componente emocional, actuando como estrategia defensiva frente a la frustración y sentido de culpa que se genera, cuando no se alcanzan las expectativas (Lee y Ashforth, 1996).

- Existe en los últimos estudios una coincidencia en el planteamiento de que la baja realización personal de desarrolla en paralelo con las otras dimensiones, sin ser consecuencia de ellas (Taris, et al, 2005).

1.4.3. Modelos Teóricos sobre la etiología del síndrome de burnout

Para explicar la etiología del síndrome de burnout se han elaborado un grupo de modelos, en los que coincide la literatura científica (Schaufeli, et al 1993), y que partiendo de marcos teóricos amplios y generales abordan de qué forma y, a través de que procesos se llega a desarrollar el síndrome de burnout. Estos modelos, según argumenta Mansilla (2009), se agrupan fundamentalmente en las siguientes teorías: la teoría definida como "socio-cognitiva del yo", la teoría "del intercambio social" y en tercer lugar la "teoría organizacional", a la que haremos especial referencia en nuestro estudio al relacionarse directamente con los objetivos de la investigación.

1.4.3.1. Modelos etiológicos desde la teoría socio-cognitiva del yo

Los modelos que se incluyen en la teoría socio-cognitiva del yo consideran las variables de tipo individual o personales como causantes del proceso. Estos modelos otorgan un importante papel a las autoeficacia, el autoconcepto, la autoconfianza de la persona para explicar el desarrollo del síndrome.

Entre los modelos más representativos de esta teoría se encuentran:

- El "modelo de la competencia social" (Harrison, 1983), modelo en el que la competencia y la eficacia percibida por el individuo son factores clave en el desarrollo del SB. Los profesionales de atención directa a las personas suelen caracterizarse por un elevado altruismo y deseo de ayuda, aspectos motivadores para el desarrollo de su actividad laboral que se van a alterar cuando se dan factores de barrera como la sobrecarga laboral, los conflictos, la cultura despersonalizadora de la organización, la falta de recursos, etc., que hacen que disminuyan los sentimientos de autoeficacia, propiciando la aparición del SB.

- El modelo de Cherniss (1993), que incorpora el concepto de Bandura (1989) de "autoeficacia percibida", concepto que define la creencia del individuo sobre sus capacidades de control sobre las situaciones que le

afectan. A mayor sentimiento de autoeficacia percibida por la persona, menos estrés. En este modelo, el logro de los objetivos por parte del profesional aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el no alcanzarlos supone sentimientos de fracaso y baja autoestima, pudiendo originar el SB.

- El modelo de "autocontrol" o" autoconciencia profesional" (Thompson, et al, 1993). La autoconciencia es un rasgo de la personalidad del trabajador que, si es alta, la percepción de una situación problemática origina mayor estrés que si es baja. Altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida.

1.4.3.2. Modelos etiológicos desde la teoría del intercambio social

Ríos (2009), establece que este grupo de modelos consideran que el síndrome tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Dentro de este marco, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo. También estos modelos destacan los procesos de afiliación social que dan lugar a situaciones de contagio del síndrome. Mansilla (2009), destaca en este grupo los modelos:

- Modelo de "comparación social" (Buunk y Schaufeli, 1993) que estudia la etiología del SB en profesionales de enfermería, fundamentada en los procesos de intercambio social con los pacientes y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

- Modelo de "conservación de los recursos (Hobfoll y Fredy, 1993), que establece como etiología del síndrome la pérdida de recursos que impide el éxito profesional. En esta pérdida un factor importante son las relaciones (con superiores, compañeros y personas para las que se trabaja).

1.4.3.3. Modelos etiológicos desde la teoría organizacional

Párraga (2005), que los modelos de este grupo incluyen como elementos de la etiología del síndrome de burnout variables organizacionales como: las disfunciones del rol profesional, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Ríos (2009), afirma que el contexto sanitario es propicio al estrés y burnout por la excesiva burocracia profesionalizada e institucional, donde el apoyo social es escaso y de tipo informal y dirigido casi de forma exclusiva a la esfera emocional, afectando de forma importante a la percepción que el profesional tiene de la estructura organizacional. En esta teoría organizacional destacan los siguientes modelos:

- Modelo de Golembiewski, et al (1983). El síndrome para estos autores es la consecuencia de la pérdida de interés y del compromiso con el trabajo, a causa de la tensión que les genera. La etiología del burnout se vincula a sobrecarga laboral y a pobreza de rol, con pérdida de autonomía y de control sobre el trabajo lo que origina una disminución de la autoimagen, irritabilidad y fatiga.

- Modelo de Cox, et al (1993). Este modelo participa de la teoría transaccional del estrés en cuanto a la descripción de la etiología del síndrome de burnout, como respuesta cuando las estrategias de afrontamiento empleadas ante estresores laborales no resultan eficaces. Los autores establecen la hipótesis de que la salud de la organización puede ser una variable moduladora en relación con el estrés y burnout.

- Modelo de Winnubst (1993). Este modelo establece como etiología del síndrome de burnout las variables de la estructura organizacional, la cultura y clima organizacional y el apoyo social en el trabajo. Tienen mucha importancia en este modelo aspectos organizacionales como la confrontación y conflictos interpersonales, el trabajo en equipo, la dirección participativa, la gestión de recursos humanos, etc.

1.4.4. Prevalencia del síndrome de burnout en el sector sanitario

Como afirma Ríos (2009), desde los primeros estudios que se han realizado, se ha vinculado el síndrome de burnout de forma destacada con las profesiones asistenciales y de prestación de servicios sanitarios.

La elevada prevalencia del síndrome que se da en el contexto laboral sanitario es reconocido en numerosas referencias bibliográficas (De las Cuevas, et al, 1995; Ramos, et al, 1999; Cebriá, et al 2001; Pera, et al, 2002; López-Soriano y Bernal, 2002; Peña, et al, 2002; Harrison, et al 2002; Molina, et al, 2003; Albar, et al, 2004; Albaladejo, et al, 2004; Ibáñez, et al, 2004; De Pablo, 2007; Gil-Monte y Moreno, 2007; Bernaldo de Quirós y Labrador, 2008; Grau, 2008; Manzano, 2008; Aranda, et al 2009; Avedaño, et al, 2009; Preciado, et al 2010). En todos estos trabajos, se vincula la elevada presencia del estrés laboral y sus consecuencias a las características específicas de las profesiones sanitarias: la carga laboral, atención al dolor y la muerte, las situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, los conflictos en las relaciones interpersonales, conflictos de rol profesional, responsabilidad, etc. Estas características hacen referencia, fundamentalmente, a factores de carga mental en el trabajo hospitalario (Nogareda, NTP 275 de 1991; De Pablo, 2007), haciendo de las profesiones sanitarias unas ocupaciones altamente vulnerables a los efectos nocivos del estrés laboral.

Marcia, et al (2009), estudiaron el síndrome de burnout en personal de salud de hospitales nacionales concluyendo que existe una prevalencia del 12% de los profesionales con síndrome de burnout, un 66% de personal afectado por la dimensión de agotamiento personal, un 54% para la dimensión de despersonalización y un 67% para la dimensión de baja realización personal, llegando a la siguiente conclusión: "*El síndrome de Burnout en porcentaje elevado al personal de salud, que puede aumentar considerando el deterioro del sistema de salud del país y de las instituciones prestadoras de servicio.*

Ríos (2009), tras analizar la prevalencia del síndrome de burnout en el entorno sanitario, afirma que ésta es bastante dispar, aunque la mayoría de los estudios analizados definen unos niveles de burnout moderados o medios con porcentajes de afectación de las muestras estudiadas que van desde el 6% (Jiménez, et al 2002), y un 21,6% (Lomeña, et al, 1991), señalando que en alguno de los estudios aparecen niveles muy elevados de alguna dimensión del síndrome de burnout, destacando la dimensión de agotamiento emocional (62,3% en Jiménez et al, 2002; 54,3% en Rodríguez, et al 2005).

Grau (2008) valorando los estudios epidemiológicos recientes, cifra una prevalencia de síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de que va desde el 13% al 39%. La autora establece que la principal manifestación del síndrome de burnout se da en la dimensión de agotamiento emocional, aunque valora también como significativo el número de estudios en los que la principal manifestación de dicho síndrome se da en la baja realización profesional en el trabajo, por la pérdida de idealismo que implica el choque con la realidad de la actividad hospitalaria, afectando a las creencias de autoeficacia (Piko, 2006; Jenaro, et al 2007; Varela, et al, 2005).

Después del extenso proceso de revisión de estos años hemos objetivado la existencia de una gran disparidad en los datos de prevalencia de síndrome de burnout obtenidos de los estudios, tanto de nuestro entorno cultural como de otros países. Esta disparidad es más evidente cuando, como en nuestro caso de análisis, se refieren a los resultados obtenidos en los estudios de nuestro país que, por lógica, tendrían que ser más coincidentes al fundamentarse en una práctica profesional normatizada que se desarrolla en un entorno sociosanitario estructurado y regulado según un mismo Modelo de Salud.

Coincidiendo con las aportaciones de Manzano (2008), y Ríos (2009), las razones de esta diferencia de resultados puede ser debida a una inadecuada utilización y aplicación de los cuestionarios e instrumentos de medición utilizados (aplicación de distintos baremos o puntuaciones de referencia), una inadecuada interpretación de los resultados en función del

contexto de la práctica profesional donde se desarrollan los diferentes estudios (atención especializada o primaria, unidades o servicios diferentes, etc.). En muchos de los estudios que hemos revisado, a la hora de definir la prevalencia del síndrome de burnout no siempre se consideran las tres dimensiones del mismo, sino que se pone de manifiesto una sola puntuación, lo que hace difícil la comparación entre los estudios (Molina, et al 2003).

Estas divergencias en los resultados conllevan a una importante confusión a la hora de conocer los datos de prevalencia reales de este síndrome. Grau, et al (2008), establecen al respecto que resulta necesario delimitar mejor el concepto de SQT así como su diagnóstico clínico, y construir instrumentos (cuestionarios), con puntos de corte específicos, según la ocupación ó grupo profesional de riesgo que se esté analizando.

1.4.5. Síndrome de burnout y Enfermería

1.4.5.1. Asociación del síndrome con la actividad “enfermera”

Un importante número de investigaciones han profundizado en el desarrollo del *Síndrome de Burnout* en el personal de enfermería de atención especializada u hospitalaria por tratarse de un grupo profesional especialmente vulnerable, por todas las connotaciones y referentes de la práctica profesional descritos en el apartado 1.3.5 de este estudio (estrés laboral en la enfermería hospitalaria).

Realizada una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos más destacadas del ámbito sanitario (MEDLINE, BDIE, CUIDEN, CUIDATGE, BIREME, TESEO, EMBASE, DIALNET) sobre los trabajos publicados en los 25 últimos años al respecto del estrés profesional y *burnout* en el personal sanitario, más del 80% de los trabajos relacionados en dichas bases abordan situaciones de la práctica de los profesionales de enfermería de atención especializada, ya sea a nivel general, o a nivel

específico de puestos de trabajo donde el riesgo y los factores condicionantes para la aparición del síndrome se describen como mayores.

La profesión de enfermería presenta un mayor riesgo que otras profesiones de desarrollar el síndrome de burnout, debido a la implicación emocional que conlleva el cuidado de las personas (Najjar, et al 2009). Demerouti, et al, (2000) y Cáceres (2006), afirman que prestar cuidados de enfermería es una de las ocupaciones donde existe mayor incidencia del síndrome de burnout debido a la continua exposición a situaciones difíciles, a las características del puesto, factores del entorno laboral y organizacionales, además de las características individuales de los profesionales.

1.4.5.2. Factores determinantes del síndrome de burnout en la enfermería hospitalaria

El ambiente laboral de las unidades de hospitalización en muchas ocasiones es altamente estresante (Pades y Homar, 2006; Gómez, et al, 2009). Los profesionales de enfermería y el resto del equipo se enfrentan a demandas de cuidados físicos y emocionales de los pacientes que en muchos de los casos son provocadoras de reacciones de rechazo o de huida. "*En las unidades de cuidados, los profesionales de enfermería están diariamente confrontados al sentimiento humano y en muchos casos a los moribundos y a la muerte*" (Faura, 1988). Bakker y Heuven (2006) establecen que el síndrome de burnout se relaciona positivamente con la intensidad de las demandas emocionales y la exposición a pacientes con peor pronóstico.

Además del factor mencionado, en el estudio realizado por House, (1981) sobre los efectos del *ambiente laboral* en el equipo de enfermería se identifican como características negativas del mismo y factores predictores del burnout: *la carga de trabajo*, *la ambigüedad del rol a desempeñar*, *la baja autoestima, interrelaciones conflictivas y valoración personal*, aspectos que

según dicho estudio se dan más frecuentemente en los profesionales de enfermería que en otros componentes del equipo sanitario (médicos). Potter (2006), a las características negativas descritas añade otras como: *la carencia o mala gestión de los recursos humanos*, *la violencia hacia los profesionales* y *la exposición a traumas de todo tipo*.

Faura (1988), siguiendo el esquema de Cooper y Marshall (1978) y en base a los estudios de Maslach y Jackson (1982), considera como importantes "determinantes del burnout" aspectos como: *la baja implicación laboral* determinada por: *un escaso nivel de autonomía* en el trabajo (gran dependencia estructural y jerárquica), *la indefinición de funciones* o actividades, *la no introducción de argumentos nuevos* (falta de innovaciones laborales o profesionales), *el disconfort físico en el trabajo* (turnos lesivos) junto con *la elevada presión y la ausencia de apoyo de los órganos de dirección*. Por otra parte influyen como variables determinantes: *la edad*, *características individuales*, *características demográficas* y *características de determinados puestos de trabajo* (figura 11).

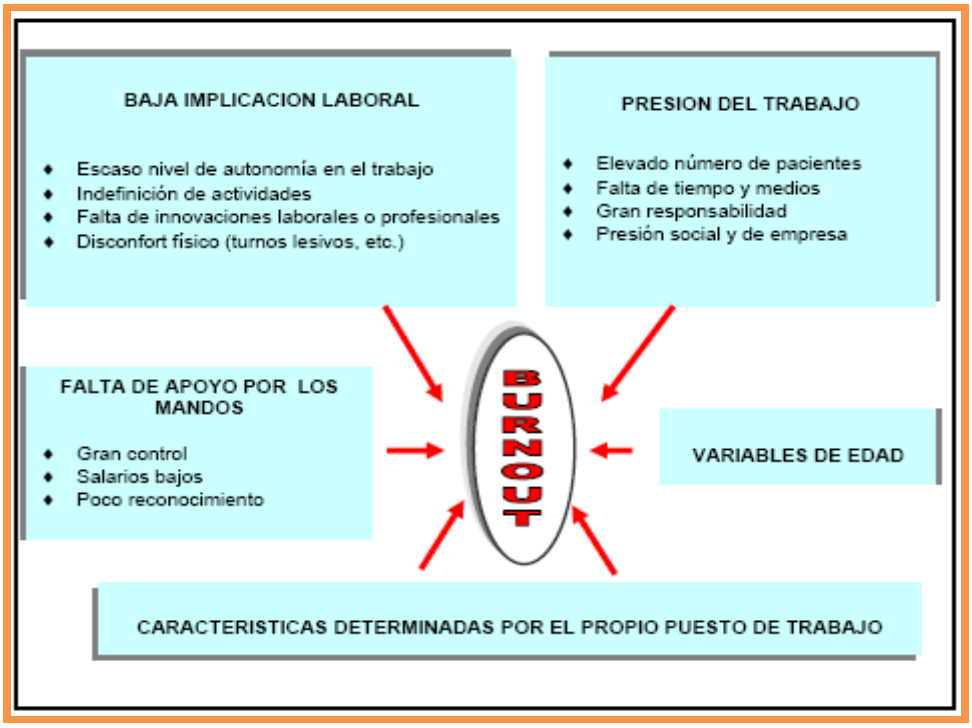


Figura 11: Determinantes fundamentales del síndrome de burnout en enfermería (Maslach y Jackson 1982)

Ribera, et al (1993), hacen referencia a las causas del síndrome de burnout en el equipo de enfermería y resumiendo una amplia bibliografía revisada definen dos tipos de factores determinantes o de causas en la génesis del síndrome: *causas laborales* y *extralaborales.* En dicha recopilación recogen las relaciones encontradas en varios trabajos de investigación entre "*burnout profesional*" y rol del cliente, depresión profesional, sexo, cultura y satisfacción en el trabajo. Igualmente definen las relaciones diferenciales y específicas en función de los servicios en que los profesionales desarrollan su trabajo.

Respecto a los determinantes o predictores más potentes del "burnout" definidos, destacan según Hare, et al (1988): *las relaciones interpersonales en el trabajo*, *la insatisfacción con su rol* (que lleva a una insatisfacción profesional y a experimentar altos niveles de estrés en el trabajo por falta de tiempo, falta de recursos, asistencia a pacientes molestos y graves, sobrecarga de trabajo, etc.), *sentimientos de apatía y claudicación y no recibir el apoyo adecuado*.

Adams (1995), afirma que una de las principales fuentes de estrés, generadora de burnout e insatisfacción laboral en enfermería, es la mala relación laboral que se deriva de una mala gestión de la dirección y de escasos recursos humanos para el desempeño de la actividad profesional, ante una elevada presión externa asistencial. A todo esto, y como consecuencia de estos factores, se añade la percepción del trabajador sobre la baja calidad de cuidados prestados.

Un estudio, relevante para la enfermería profesional europea de la década de los 90 por ser uno de los primeros que se realizaron sobre una muestra poblacional de 1.403 profesionales de enfermería de dos centros hospitalarios franceses (Ferrer, 1991), define las cuatro fuentes fundamentales de estrés laboral y burnout que siguen siendo aún factores de alta influencia en el síndrome de burnout, estas fuentes son:

- *La carga ergonómica relacionada con la estructura y la organización y gestión del trabajo de los profesionales de enfermería*: En este punto, que es el argumento principal de análisis de nuestro estudio en cuanto a la responsabilidad en un alto porcentaje de estrés colectivo por aspectos de clima organizacional y gestión de recursos, se hace referencia a: *las malas condiciones de trabajo, el trabajo excesivo, la mala organización, deficientes instalaciones, la complejidad de las tareas, la insuficiente formación y la falta de profesionales*.

- *La carga emocional*: Relacionada con la confrontación continua con aspectos como: el sufrimiento, el dolor, la enfermedad, la muerte.

- *El sentimiento de desvalorización de la profesión*: Los profesionales de Enfermería reclaman el reconocimiento social de su trabajo, que debería implicar un aumento de los salarios y una mejor comunicación con los enfermos y con los superiores jerárquicos.

- *Disfuncionamiento de la estructura hospitalaria*: La mayor autonomía del profesional de Enfermería le hace afrontar nuevas responsabilidades y desarrollar una ética exigente de su profesión, lo que en ocasiones le hace enfrentarse a otros miembros del equipo. Este punto incluye los estresores derivados del rol profesional estudiados por Egeland (1988).

1.4.5.3. Principales estresores laborales predictores del síndrome de burnout

Aparte de este estudio mencionado que realiza un análisis de una muestra representativa de la enfermería hospitalaria francesa, existen un gran número de estudios más actuales, que abordan el análisis de los factores estresantes (estresores) o generadores de angustia e insatisfacción laboral conducentes al "*síndrome de burnout*" en el ejercicio profesional actual.

Haciendo una recopilación de los principales factores que generan

mayor estrés y que favorecen la aparición del *burnout* entre el personal de enfermería hospitalario, de entre los distintos estudios revisados destacan los siguientes:

- RELACIONADOS CON EL MEDIO LABORAL (factores hospitalarios)

  - *Escasez del número de profesionales: En relación con la gran demanda de servicios y la gran masificación de los centros hospitalarios. Esta situación obliga a una asignación inadecuada del número de pacientes por profesional, por lo que incide negativamente en la atención individualizada de los mismos (cargas de trabajo excesivas, que impiden dar un cuidado de calidad o una correcta actuación profesional).*

    En el estudio comparativo de estresores profesionales entre la enfermería española hospitalaria y la norteamericana realizado por Reig, *et al*, (1989b), se considera esta circunstancia como una muy importante fuente de estrés en las enfermeras norteamericanas, ocupando el primer lugar entre los estresores muestreados, sin embargo, en la muestra española se refleja como un factor importante, pero en sexto lugar.

    Hingley y Cooper (1986) concluyeron que el 83% de enfermeras en Gran Bretaña definían la escasez de personal como una fuente considerable de estrés y uno de los estresores más importante.

    Aries y Zuppiger, (1993) y Hartrick y Hills, (1993) coinciden igualmente en sendos estudios en la identificación de la escasez del número de profesionales como uno de los factores más estresantes o generadores de mayor ansiedad en los grupos de enfermeras hospitalarias encuestadas.

    En el estudio que realizamos en nuestro centro hospitalario en el año 2002, sobre la muestra de 43 profesionales del equipo de enfermería, utilizando el listado de 68 estresores definidos en el

estudio de Rivera, *et al*, (1993), la "*escasez de profesionales*" es el estresor más referenciado como causante de estrés y malestar, ocupando el primer puesto.

Este estresor es, además, un elemento fundamental en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos y en la calidad global de los cuidados prestados. A este respecto cabe destacar el trabajo de investigación realizado por Aiken, *et al* (2002) el cual concluye que altos ratios de asignación de pacientes por enfermera van a afectar de forma importante a los resultados de los cuidados de enfermería. En concreto, en las unidades quirúrgicas estudiadas de 168 hospitales generales de Pennsylvania, el riesgo que experimentan los pacientes de mortalidad en 30 días y de complicaciones post-quirúrgicas está en relación directa con "la ratio" de asignación de recursos de enfermería, elevándose porcentualmente este riesgo en la medida que se modifica la asignación de pacientes por enfermera, establecido en un ratio estándar de cinco pacientes por enfermera/o (un 7% de riesgo por cada paciente que se aumenta a la carga de trabajo del profesional de enfermería). Igualmente, el estudio concluye que los ratios desajustados en base a las necesidades inciden de forma importante en los niveles detectados de fatiga, insatisfacción, estrés profesional y burnout.

- *Sobrecarga de trabajo:* Está íntimamente relacionado con la escasez del número de profesionales y ocupa el séptimo lugar de entre los 10 estresores más importantes para los profesionales de enfermería norteamericanos (Reig, et al, 1989b), aunque Gray-Toft y Andreson (1981) identificaron que la sobrecarga de trabajo era la causa más frecuente de estrés en una muestra de 122 enfermeras de un hospital general.

Ribera, et al, (1993) en un estudio realizado en el año 1990 con una población muestra de 748 profesionales de enfermería sobre un listado de 68 estresores laborales, la *sobrecarga de trabajo* ocupa el

puesto 18, pero este dato no se puede comparar con los anteriores estudios al estar representados en dicha muestra profesionales de enfermería de atención hospitalaria y primaria. En nuestro estudio del año 2002, *"la sobrecarga de trabajo"* ocupa el séptimo puesto entre los estresores más lesivos.

- *Los errores en la actuación profesional y sus consecuencias:* Este es el estresor que según el estudio de Reig, et al, (1989b), se sitúa en la enfermería española como el primero de entre los diez más importantes y el tercero en la enfermería norteamericana. En nuestro estudio de 2002, se sitúa en el segundo lugar del listado propuesto de 68 estresores.

  Este estresor está igualmente relacionado con los anteriores pues en la medida de que exista escasez del número de profesionales, el personal de Enfermería estará más sobrecargado de trabajo y esto favorecerá, como afirman Porter, et al (1987), que se sienta más tenso e irritable y le obligará a trabajar apresuradamente, lo que aumentará el riesgo de cometer errores.

  En este sentido otros estudios afirman que una de las consecuencias más importantes del estrés laboral es la *reducción de la capacidad de las personas para tomar decisiones acertadas y efectivas,* este estresor lo confirman como relevante los trabajos de Frisch, *et al*, (1991) en el aspecto de carecer de control en situaciones límite o falta de competencia para el desarrollo del trabajo, y McAbee, (1991) que define la falta de control sobre el trabajo como importante estresor laboral que conduce al síndrome de burnout.

- *Falta de autonomía, escaso reconocimiento y valoración profesional y ausencia de mecanismos de promoción interna.* En un importante estudio de meta-análisis realizado en el año por Blegen, (1993) con datos de 48 estudios con una muestra total de 15.048 profesionales

de Enfermería (enfermeras y auxiliares) se consideraban estos factores como variables importantes y significativas con relación a la satisfacción en el trabajo asociada al estrés profesional y burnout.

Albaladejo, et al (2004), relacionan el reconocimiento y la valoración profesional por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes con el burnout, y así se ha visto como los profesionales que ven poco reconocida su labor por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres dimensiones que caracterizan al síndrome de burnout.

- *Turnos de trabajo lesivos y horarios irregulares* (servicios nocturnos, turnos rotatorios, turnos fijos durante largos períodos de tiempo). Este importante estresor ha sido ampliamente investigado por numerosos autores como Escribá (1992a, 1992b), Ferreiros (1974), McAbee (1991), Dartiguepeyrou (1999), Morales y Bermejo (2012). Los distintos estudios de investigación coinciden en que los cambios de turnos (rotación) van a originar alteraciones importantes que llevarán al agotamiento, ansiedad y favorecerán la aparición del síndrome de desgaste. En cuanto a las repercusiones de los turnos rotativos y nocturnos destacan: los trastornos del sueño que conllevan a cansancio mental y nerviosismo; trastornos digestivos y de los ritmos biológicos; trastornos en las relaciones socio-familiares, etc. Este es un importante estresor en nuestro estudio, que si bien se sitúa en el puesto 14 del listado propuesto de 68 estresores, en él se fundamentan muchas de las estrategias de mejora propuestas, definiéndose como la causa más importante de signos y manifestaciones físico-psíquicas por parte de los profesionales del equipo de enfermería de nuestro Hospital.

- *Inadecuada compensación económica*. Bajas retribuciones teniendo en cuenta la responsabilidad y el esfuerzo realizado. Esto conlleva a una pérdida del poder adquisitivo y estatus social con respecto a otros profesionales de similar o inferior formación y con mejores

condiciones laborales. Este estresor se refleja como importante en los profesionales sanitarios españoles según se pone de manifiesto en el estudio de Flórez (1991), aunque en el estudio de estresores profesionales realizado por Ribera, et al (1993) aparece en el puesto 54 sobre los 68 propuestos.

- *El puesto o unidad de trabajo.* Este es un argumento en que se ha podido demostrar asociación entre estrés-desgaste y puesto de trabajo en numerosos estudios de investigación aunque en muchos de ellos las conclusiones son divergentes. Bene y Foxal (1991) hacen un estudio comparativo entre hospital quirúrgico y residencia de ancianos, llegando a la conclusión de la existencia de mayor nivel de estrés en el quirúrgico, supeditado a las mayores cargas de trabajo (utiliza la escala de medición del estrés Gray-Toft/Anderson).

  Frisch, et al (1991), inciden en el mayor nivel de estrés y de desgaste de las *supervisoras y mandos intermedios de enfermería* por la carencia de recursos, falta de comunicación positiva con el personal, etc.

  Mallet, et al (1991), en un estudio realizado con una muestra de 376 enfermeras y comparando los niveles de desgaste entre las enfermeras de unidades generales y las de cuidados intensivos concluyen que existe un mayor estrés ocupacional, menor sensación de realización personal y mayor ansiedad en el grupo de enfermeras de cuidados intensivos detectándose en este grupo una asociación positiva entre desgaste y estrés ocupacional. Hypwell y Tyler (1989) concluyen en su estudio que padecen mayores niveles de estrés laboral y burnout las enfermeras de UCI, oncología, diálisis y psiquiatría que las de otras especialidades.

  Oehler, et al (1992), comparan una población profesional de enfermeras de una UCI pediátrica con una población de enfermeras de unidad de hospitalización pediátrica en cuanto a cuotas de

ansiedad, estrés en el trabajo y Burnout. Concluyen en la existencia de un alto "*Burnout*" en la UCI pediátrica y como predictores del mismo consideran como más significativo el estrés laboral seguido de ansiedad y presión hacia los compañeros noveles o recién iniciados.

Fornes, et al (1993) hacen un estudio comparativo del nivel de ansiedad y estrés en las distintas unidades de trabajo, utilizando una muestra compuesta por 477 profesionales de Enfermería de las distintas unidades hospitalarias, concluyendo en dicho estudio sobre la existencia de predisposición a mayores niveles de ansiedad y estrés profesional en las enfermeras de la *unidad de hemodiálisis*, seguidas por las de *las unidades de infecciosos* y en un tercer lugar las enfermeras de *cuidados intensivos*. Una explicación a estos resultados la encuentran en las características que configuran las unidades de hemodiálisis (unidades de pacientes crónicos, con unas relativas expectativas de vida y que requieren de una maquinaria sofisticada para vivir). El personal que trabaja en estas unidades se tiene que enfrentar a *exigencias de preparación técnica* para la puesta a punto y manejo del aparataje, *la detección inmediata de posibles fallos y la toma de decisiones urgentes,* factores que son causantes de estrés ambiental. Estos factores unidos a las demandas psicológicas del paciente hacen de esta población profesional una de las de mayor riesgo de desgaste confirmando los resultados del estudio.

Muy relacionado con este factor está *el continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido en diversas unidades de cuidados*. Este estresor ocupa en el estudio de Reig, et al (1989b), el octavo lugar de entre los diez más importante identificados en la Enfermería norteamericana. O'Donnel, et al (1987) desarrollan un amplio estudio sobre el temor de los profesionales de Enfermería ante los pacientes de SIDA como factor altamente estresante que incide en el trabajo.

- *Escasa participación de los profesionales en la formulación de objetivos del centro y en los mecanismos de gestión, organización y planificación del trabajo*. Este factor es importante generador de estrés y ansiedad en los profesionales de la enfermería de nuestro país apareciendo relacionados con él, dos estresores en la lista elaborada por Reig, et al, (1989b) entre los diez estresores más importantes, en cuarto lugar, se encuentra:" Que las decisiones y cambios que me afectan se tomen desde arriba sin mi consentimiento y participación" y en octavo lugar: "Que la dirección ignore las necesidades reales de mi servicio o departamento".

  En nuestro estudio del año 2002, este factor se sitúa entre los primeros con varios estresores como son: "*falta de apoyo de los superiores*" en el tercer lugar de gravedad y frecuencia y "*que las decisiones y cambios que afectan a mi trabajo se tomen desde arriba sin mi conocimiento y participación*" situado en el cuarto puesto de entre los 68 estresores propuestos.

- *Problemas de comunicación y entendimiento con los compañeros y responsables jerárquicos*. Ausencia de feed-bac y de relaciones positivas. Este agente estresor está muy relacionado con el anterior. Así como Blegen (1993) concluye en su estudio de meta-análisis que es una variable importante (entre las siete primeras) en el nivel de satisfacción profesional asociado al estrés, Firth, et al (1987), relacionan este factor más como una consecuencia o síntoma del desgaste o "burnout".

- *Las grandes responsabilidades que conlleva la asistencia sanitaria, tanto profesionales, como civiles y penales.* Flórez (1991) afirma en su estudio, que éstas, se derivan de las mayores exigencias en cuanto a la calidad de la actuación profesional sumado al continuo incremento de la presión social y de los pacientes que hacen del personal sanitario el blanco de las protestas de todos los fallos del Sistema Sanitario. El estudio de Reig, et al (1989b), identifica en el

segundo lugar de importancia de estresores profesionales en la Enfermería norteamericana *las amenazas de denuncia,* siendo también un estresor importante en la actualidad para la enfermería española.

- *Burocratización excesiva de la asistencia*. Este es uno de los estresores que generan un nivel muy elevado de tensión. En el estudio comparativo de Reig, et al (1989b), el estresor definido como "excesivo papeleo", los profesionales de enfermería españoles lo identifican en el segundo lugar de importancia y las enfermeras norteamericanas en el cuarto lugar. Otros estudios como el de Hingley (1986), y el de Adey (1987), inciden en su importancia al restar la excesiva burocratización tiempo para el desarrollo de los cuidados a los pacientes.

- *Falta de información y de formación específica para la práctica*. Katschnig (2000), en su libro "calidad de vida en los trastornos mentales", en el capítulo dedicado a la calidad de vida del personal sanitario, señala que la falta de información necesaria para el desempeño adecuado del rol profesional constituye una de las principales causas para "quemarse" en el trabajo. Un asesoramiento en los aspectos que crean más confusión, así como la adecuación de las actitudes al marco de actuación, podrán mejorar el nivel de la atención prestada y de la satisfacción del personal de enfermería en su desempeño profesional.

- *Falta del soporte social (interno y externo).* Este factor es considerado fundamental, no ya solo como causa del síndrome de desgaste conjuntamente con las anteriormente mencionadas, sino como uno de los mejores argumentos para la prevención y tratamiento del "burnout" (Albar, et al 2004). Janssen, et al (1999) abordan las variables de tipo organizacional como: la sobrecarga de trabajo y carencia de soporte social adecuado como determinantes del burnout. Hartrick y Hills (1993), concluyen su estudio con la

propuesta de mejorar los sistemas de apoyo social internos para prevenir el estrés o paliar sus efectos. McAbee (1991), incide en que el mejor agente amortiguador del burnout es el soporte organizativo social.

- *RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO (Factores personales en el contexto laboral)*

Además de los factores relacionados con el trabajo existen una serie de factores que dependen de las características individuales de adaptación a la situación profesional, y si bien no son el argumento de nuestra línea de investigación para el presente trabajo los reseñamos brevemente ya que inciden de forma importante en el desgaste. Los más relevantes son:

- *Enfrentamiento a situaciones de enfermedad desagradables, al sufrimiento humano y en muchos casos a la muerte de los pacientes*. Esta situación se considera como altamente estresante y desmotivadora para los profesionales de enfermería de atención especializada, siendo una de las principales causas de angustia y estrés en relación con el trabajo, y así se detalla en los estudios de Gray-Toft y Anderson (1981), Flórez (1991). Relacionado con el contacto directo con el paciente se considera, y así se pone de manifiesto en el estudio de Reig, et al, (1989a), como factor altamente estresante el tratar con personas (pacientes) agresivas.

Otros factores individuales considerados como estresantes y que han sido reflejados en el estudio de Flórez (1991) son:

- *La carencia de un sistema de valores éticos* libremente adoptado y necesario en las profesiones de ayuda, a costa de una fría laboralización progresiva de la empresa hospitalaria (desaparición progresiva del aspecto vocacional).

- *La competitividad en el trabajo*.

- *El esfuerzo que requiere el estar al día*.
- *La falta de tiempo para ocuparse de uno mismo y atender las propias necesidades*.
- *La tendencia al aislamiento y la intolerancia en las relaciones*.

Oberle y Davies (1993), y Pades, et al (2006), profundizando sobre la desilusión en los componentes del equipo de enfermería consideran, coincidiendo con los factores anteriormente mencionados, que una causa central de la desilusión es la gran contradicción que se da entre los valores personales enraizados en una ética humanista de cuidados y un sistema de cuidados sanitarios que recompensa la competencia tecnológica y habilidad técnica por encima de los valores humanos.

1.4.6. Consecuencias del Síndrome de Burnout

Todos los factores generadores de estrés laboral y favorecedores de la aparición del "*síndrome de burnout*", se den parcial o totalmente, están originando una serie de problemas en los profesionales de enfermería hospitalarios que, si bien se manifiestan de forma diferente en cada caso dependiendo de las características individuales y de la presión laboral a la que se está sometido, en la mayoría de los casos se caracteriza por una progresión similar que va desde la *pérdida de interés por el trabajo* hacia *la insatisfacción profesional con sentimientos de inadecuación y fracaso,* factores que originan una situación laboral de *"ansiedad"* que, de progresar, origina importantes *cambios de la conducta* que van a concluir, en los casos más graves, con una *reacción negativa hacia el trabajo e incluso con el abandono de la profesión.*

Las consecuencias de todos estos factores estresantes son de cinco tipos: físicos, psicosomáticos, conductuales, laborales y emocionales. Los síntomas psicosomáticos aparecen como múltiples alteraciones funcionales de los sistemas del organismo, dolores de cabeza y espalda, insomnio, hipertensión, úlceras de estómago, fatiga que deriva en crónica y malestar

general. Respecto a los conductuales, abundan las conductas de tipo violento, consumo de drogas (tipo fármacos), alcohol, café, tabaco, aumenta el número de accidentes de trabajo, problemas de relaciones con los compañeros y con los superiores. Además de los mencionados, respecto al ambiente laboral se da mayor absentismo, abandono del puesto de trabajo, insatisfacción laboral, pérdida de la calidad del trabajo y posturas de cinismo. Los síntomas emocionales suelen ser trastornos obsesivos, ideación paranoide, culpabilidad, frustración, baja autoestima, depresión, hostilidad y ansiedad (Fornés et al, 2008; Grau, et al, 2010; Santana et al, 2010).

Gil-Monte (2005), relaciona las alteraciones (fisiológicas, psicológicas y conductuales) del síndrome con los problemas de salud y establece una diferencia terminológica entre "respuestas" y "consecuencias" ante las manifestaciones de estas alteraciones. Habla de "respuestas" cuando las manifestaciones son percibidas por la persona, pero no alteran significativamente su ritmo de vida habitual, y de "consecuencias" cuando las manifestaciones alteran el ritmo e incluso impiden el desempeño (hipertensión crónica, infarto de miocardio, depresión, etc.).

Chernis (1980) describe la evolución del síndrome como "*un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral*". Describe tres fases evolutivas: en *la primera* se produce un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés psicosocial). En *la segunda* se produce un estado de tensión psico-fisiológica (strain). En *la tercera*, se suceden cambios conductuales consecuencia de un afrontamiento defensivo, con tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada y mecánica.

Etzion (1987), define la evolución del síndrome como un proceso solapado y silencioso, que se desarrolla de forma latente desde su comienzo, y que evoluciona casi siempre de forma larvada hasta que eclosiona de forma repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento, sin que se pueda relacionar con ninguna situación estresante en particular.

Florez (1991) argumenta de forma amplia y detallada todos los problemas que se pueden derivar del síndrome de desgaste profesional, tanto en la esfera física como en la psico-social.

Las manifestaciones más relevantes del "Burnout", según las referencias de los distintos estudios revisados son:

- **Falta de interés por el trabajo.** Maslach (1978) manifiesta que éste es un síntoma inicial del síndrome de desgaste. Esto incide en una menor implicación en los cuidados al paciente, se pierde interés por estar al día, entrando en una inercia y rutina en el desarrollo de las actividades profesionales.

- **Disminución del rendimiento profesional.** Mayou (1978) establece al respecto que: “al profesional cada día le resulta más difícil mantener la agilidad y habilidad en el desarrollo de su actividad (trabajando más, rinde menos o es menos eficaz)”. Esta situación lleva al individuo a una pérdida de ilusión, llegando al convencimiento de que su trabajo no es apreciado ni por el sistema, ni por los pacientes.

- **Insatisfacción profesional.** Dolan (1987), considera éste, como un indicador fiable de existencia de “*burnout*”. McDermott (1984), profundiza en el estudio de la insatisfacción y sus consecuencias para el profesional de enfermería. Muchas veces esta insatisfacción va minando el equilibrio psíquico del profesional, apareciendo manifestaciones como: *tensión, enojo, agresividad* (contra la estructura, los compañeros, pacientes y familiares). Firth *et al* (1987), coincide en que la insatisfacción lleva a un *"deterioro progresivo de la calidad del trato ofrecido al paciente".* La insatisfacción laboral a veces facilita la aparición de problemas relacionados con la actividad nerviosa *(temblor de manos, taquicardia, aumento de las respiraciones, irritación,* etc.).

Vahey, et al (2004) relacionan la baja satisfacción y realización profesional, así como el cansancio emocional del personal de enfermería hospitalario, con la variable de satisfacción de los pacientes. En este

estudio se mencionan una serie de características organizativas negativas en el ambiente de trabajo de la enfermería hospitalaria (personal insuficiente, falta de apoyo de los mandos y malas relaciones entre el equipo multiprofesional), cuyo cambio disminuiría los niveles de cansancio emocional, y mejoraría la satisfacción del paciente.

- **Alteración del carácter y conducta.** Florez (1991) afirma que si el síndrome continúa, al profesional *cada día le es más difícil la convivencia con el equipo de trabajo,* a la vez que el problema laboral se extrapola fuera del trabajo produciéndose ***disfunciones familiares y sociales.*** Las alteraciones más frecuentes y características en este nivel son:

  - *Ansiedad.* Lanzarote, et al (1993) en un estudio con una muestra de 153 profesionales de enfermería pertenecientes a 4 hospitales de Barcelona, y ante el planteamiento de estresores ya argumentados en las causas del "burnout" (proporcionar cuidados a pacientes terminales, trabajar con medios insuficientes, etc.), se detectaron altos niveles de ansiedad, observándose diferencias significativas en las variables de: "edad" (en la que los mayores niveles de ansiedad se manifestaban en profesionales entre los 20 y 35 años) y "unidad de trabajo".

    La ansiedad suele tener otro tipo de manifestaciones o respuestas como: *cansancio, insomnio, cambio de apetito y hábitos nutricionales* (pérdida o ganancia de peso), *disfunciones sexuales, adicciones a alcohol y otras drogas* (Rodríguez, et al, 2001; Boada, et al 2004; Miró, et al 2007; Vela, et al 2008).

  - *Depresión.* Krakowski (1982) expone que se llega al abandono de sí mismo y a la insatisfacción general moral. Varios estudios posteriores analizan la relación positiva entre el síndrome de burnout y depresión (Brenninkmeyer et al., 2001; Hätinen et al., 2004; Ahola, et al, 2005; Nyklicek y Pop, 2005).

- *Consumo de productos químico-farmacológicos:* Carpenter (1991) establece que el malestar general por el estrés laboral continuado y "burnout", a veces, lleva a los profesionales de enfermería a la adicción a sustancias químicas y farmacológicas. En un estudio con una muestra de 133 enfermeras adictas a sustancias químicas, define la existencia de un grupo en que se podía correlacionar dicha adición a "burnout" repercutiendo dicha correlación en problemas añadidos como: mayor absentismo, más errores y negligencias profesionales, etc. Grau et al (2005) coinciden en que un mayor consumo de medicación tranquilizante y antidepresiva está significativamente relacionado con altos niveles de agotamiento emocional (AE).

- *Tabaquismo.* Castillo, et al (1990) concluyen en un amplio estudio de hábitos tabáquicos en la Comunidad Valenciana, de que el 55% de los profesionales de enfermería eran fumadores, cuando la media de consumo en la población de dicha comunidad, era de un 42% y la media de consumo nacional estaba en un 39%. A la pregunta del porqué de su hábito tabáquico, muchos profesionales lo justificaban en la tensión que les produce su trabajo.

- *Alteración de estados de ánimo.* Hollingworth, et al (1988) definen esa consecuencia que cursa con fluctuaciones ostensibles que afectan a la dinámica del trabajo y a la salud físico-psíquica del profesional.

- **Reacción negativa al trabajo.** El profesional, en base a su gran desmotivación y situación angustiosa ante el trabajo, va perdiendo interés por el mismo. Este desinterés se manifiesta por: retrasos (el profesional llega tarde y sale pronto), lentitud en el trabajo, inhibición, apatía y gran absentismo laboral justificado (alargando bajas por procesos banales) o injustificado.

  Estos aspectos llevan, en definitiva, a una *gran frustración,*

potenciada por las anteriores manifestaciones y que a su vez las potencia (*Círculo de la Frustración*, Figura 12), y que en alguno de los casos concluye con que el profesional afectado por el "*Síndrome de Burnout*", *renuncia a su profesión abandonando el ejercicio de la misma* (abandono muy significativo y muy por encima del que ocurre en otras profesiones afectadas por el estrés).

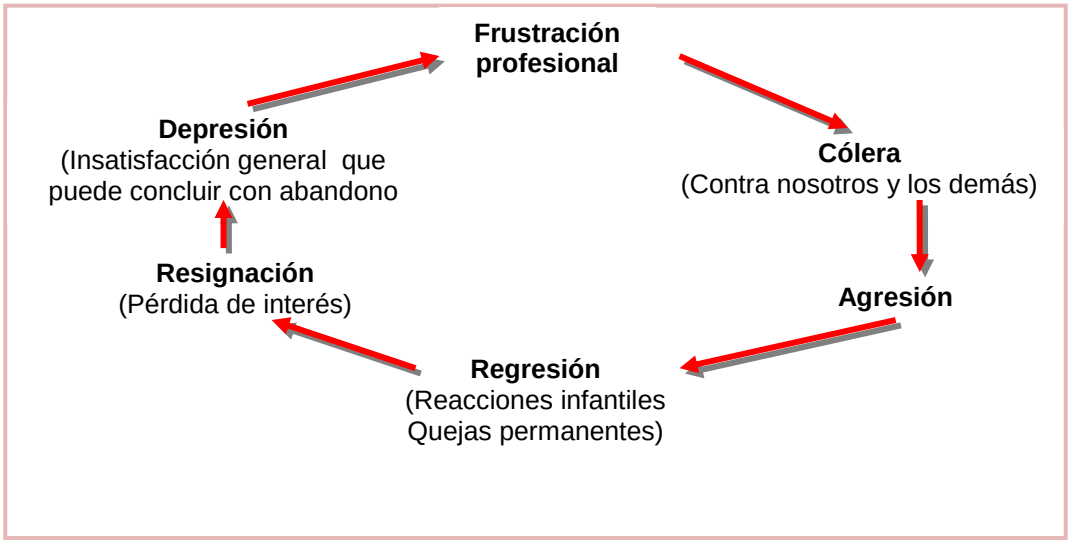


Figura 12: Círculo de la Frustración

Los aspectos más importantes de este último punto por sus repercusiones son:

- *Absentismo laboral:* Cohen-Mansfield y Rosenthal (1989); Toppinen-Tanner, et al (2005), inciden en la correlación grado de estrés - absentismo profesional. En muchas ocasiones la baja por enfermedad o incapacidad laboral transitoria puede ser una justificada forma de abandono del trabajo originada por el desgaste psicológico. Estudios actualizados coinciden en la importancia del estrés ocupacional y el absentismo, con altas repercusiones en la gestión de los servicios sanitarios. La depresión originada por conflictos en el entorno laboral es uno de los problemas que más incidencias y días perdidos de trabajo por ILT están originando entre los profesionales de enfermería de atención especializada en la

actualidad (Álvarez, 1990). Petterson, et al (1995), tras un estudio del ambiente laboral de 3500 enfermeras suecas, concluyen que las enfermeras insatisfechas y con altos niveles de estrés laboral pierden el doble de días por enfermedad que las satisfechas profesionalmente.

- *Abandono de la profesión*. Estudios de Soothil, et al (1992) y Mackie (1991) valoran las repercusiones y las relaciones estrés - abandono profesional. Las condiciones lesivas del trabajo, los turnos, la escasa remuneración, se valoran como factores que favorecen el abandono, que en Estados Unidos se cifra en un 22% de las enfermeras con una media de 10-12 años de ejercicio profesional. En el "estudio macrodiagnóstico de la situación de la enfermería en España" (1992), realizado por el Consejo General de colegios de Diplomados de Enfermería sobre una muestra de 5.000 profesionales, considerando la población de profesionales de Enfermería existentes en la actualidad y las estadísticas de movimientos del número de profesionales en los colegios provinciales, los autores del estudio llegan a estimar un abandono en nuestro país ligeramente superior al 18%, cifras que deberían hacer reflexionar a los responsables y gestores de las instituciones sanitarias, a fin de desarrollar programas tendentes a resolver las causas de este problema grave de la enfermería hospitalaria.

Campanario, et al (2011) resumen las consecuencias principales del síndrome de burnout afirmando que: " *es un problema creciente, inhabilitante y con un coste personal, social y económico muy importante. Los gastos y pérdidas derivados por el coste del estrés son cuantiosos y aumentan cada año. Son numerosos los índices de absentismo, la baja productividad de la empresa, los accidentes profesionales y la escasa motivación en el trabajo".*

1.5. Factores Psicosociales y síndrome de burnout

1.5.1. Los factores de riesgo psicosocial en la actividad laboral

El Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2001), define como factores psicosociales o de riesgo psicosocial en el trabajo: "*aquellas condiciones presentes en el entorno laboral relacionadas con las características del ambiente y de la organización, con los procedimientos y métodos de trabajo, con las relaciones interpersonales entre los trabajadores, con el contenido de la actividad laboral y con la realización de las tareas, pudiendo afectar tanto a la salud del trabajador como a desempeño de su actividad*". De esta definición se desprende que tanto el entorno, como la organización y gestión del trabajo son factores de riesgo psicosocial, por lo que una deficiente adecuación tiene consecuencias negativas para la salud de los trabajadores en forma de estrés laboral y burnout.

En la misma línea se define la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2001), que destaca como factores psicosociales de riesgo para el trabajador "*las interacciones entre el sujeto y las condiciones ambientales laborales, el contenido de la organización y la gestión del trabajo. Interacciones que pueden desencadenar procesos psicosociales con pérdida de salud, de satisfacción y de bienestar en el trabajador, traduciéndose en una disminución de su rendimiento y repercutiendo en la consecución de objetivos que deben alcanzar en el desempeño de sus funciones*".

Cox, et al, (2003) definen los factores de riesgo psicosocial como: "*los aspectos de la estructura, organización y gestión del trabajo, así como de su contexto socio-ambiental, que pueden causar daños físicos, psíquicos o sociales a los trabajadores*".

Mansilla, (2009), generaliza estas aportaciones definiendo como factores de riesgo psicosocial "*aquellas características de las condiciones del trabajo*

y, sobre todo, de su organización que tienen la capacidad de afectar, tanto a la salud del trabajador, como al desarrollo de la actividad que realiza". Estos factores, son numerosos, de naturaleza diferente y complejos al no fundamentarse exclusivamente en las variables del entorno laboral, sino que, a nivel de respuesta, inciden variables individuales del trabajador (actitudes, motivación, experiencia, formación, recursos personales, recursos profesionales, etc.), lo que origina que ante una situación de riesgo psicosocial, la respuesta no es la misma en todos los trabajadores.

Atendiendo a las distintas aportaciones, Mansilla (2009) marca una clasificación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (figura 13) tanto del proceso de interacción del trabajador con el medio laboral, como con los relacionados con la organización y gestión del trabajo que han demostrado ser negativos para la salud de los trabajadores.

Figura 13: Factores de riesgo psicosocial en el trabajo (Mansilla, 2009)

Sánchez-Anguita (2006) relaciona los factores de riesgo psicosocial con las altas exigencias de atención y concentración de la actividad laboral, la elevada responsabilidad, la sobrecarga de trabajo, ritmos y horarios de trabajo irregulares, la emancipación social de la mujer y su acceso al trabajo, el aumento de madres trabajadoras y de familias monoparentales. Estos factores pueden deteriorar el clima laboral afectando al trabajador.

1.5.2. Los factores psicosociales en la actividad hospitalaria

Los factores psicosociales dentro del ámbito de la actividad asistencial hospitalaria han sido abordados en numerosos estudios que han analizado la influencia del entorno laboral en dichos factores (Boada, et al 2004; Escribá, et al, 2006; Carretero, et al 2005; García 2006; Manzano, 2008; López, 2009).

Escribá, et al (2006), resaltan la importancia que tienen los factores de riesgo psicosocial derivados de la organización y gestión de los recursos humanos (elevadas demandas psicológicas, poco apoyo de los compañeros y superiores, turnos de trabajo irregulares, escasa autonomía y bajo control sobre el trabajo, etc.) en el desarrollo del síndrome de burnout, especialmente, en la aparición de altos niveles de agotamiento emocional.

López (2009), establece que "*la gestión de los recursos humanos resulta imprescindible por su utilidad en toda organización*". Ignorar la gran importancia de este factor, incide de forma importante en los riesgos psicosociales, en la motivación y satisfacción de los profesionales y, como consecuencia, en la calidad del servicio que se presta.

Según Raventos (2004), en las distintas instituciones sanitarias no se aplica un modelo único ni estandarizado en el proceso de gestión de recursos humanos. Ésta gestión va a estar supeditada a distintos factores como: el modelo organizativo utilizado, las políticas de actuación de la institución, la filosofía de trabajo, los recursos existentes, finalidad y funciones asignadas al personal y las políticas específicas de recursos humanos que orientan su

gestión y guían sus acciones, de acuerdo a los servicios socio-sanitarios que oferta y a la atención sanitaria que presta a la comunidad.

Estas diferencias de modelos que se dan en la gestión de recursos humanos y en el proceso organizativo de la actividad sanitaria hace que se establezcan diferencias en la prevalencia de los riesgos psicosociales y en las consecuencias que estos tienen para la salud de los profesionales, por lo que, tiene sentido la definición de un modelo teórico que contemple los factores psicosociales de la actividad hospitalaria, priorizando los objetivos de salud de los trabajadores y los niveles de satisfacción, calidad de vida y bienestar psicológico, además de un trabajo en equipo positivo e interactivo y una implicación en los objetivos de la actividad sanitaria a desarrollar.

Dirigiendo específicamente la revisión hacia la enfermería hospitalaria y sin querer confrontar con las distintas opiniones sobre qué profesionales son los que padecen más o menos estrés laboral, burnout, o están más expuestos a riesgos psicosociales por su actividad laboral, sí que existe una amplia coincidencia y evidencia documental que sitúa a los profesionales de enfermería en una posición de alto riesgo (Moreno, et al 2002; López, et al 2005; Teixidó, et al 2006; Curiel, et al 2006).

López (2009) justifica esta posición de alto riesgo por la repercusión que las consecuencias psicosociales del ámbito laboral pueden tener sobre la salud y rendimientos del personal de enfermería, y por la posible asociación que se establece entre las citadas consecuencias y la salud y seguridad del paciente. La autora destaca especialmente las evidencias encontradas sobre la relación y significación existente entre las consecuencias psicosociales del profesional de enfermería y procesos de morbilidad y mortalidad del paciente, relación y asociación confirmada por la *Agency for Healthcare Research and Quality U.S* en su documento *Nurse Staffing and Quality of Patient Care* (*2007*), en el que determinan la importancia de una adecuada dotación de recursos humanos con relación al número de pacientes y a su estado de dependencia (ratio enfermera/paciente), y la relación de este factor con la aparición de procesos

como el síndrome de burnout, síntomas psicosomáticos y pérdida del bienestar de los profesionales de enfermería.

Refuerzan y complementan estos planteamientos sobre la relación entre la gestión de los recursos humanos, consecuencias psicosociales en el trabajador y seguridad del paciente, un grupo de estudios (Aiken, et al 1994, 2002; Jackson, et al 2002; Gálvez, 2003) que, ante bajos ratios de enfermería/paciente, refieren un aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes y aparición de infecciones nosocomiales, especialmente en los servicios que desarrollan habitualmente técnicas invasivas (UVI/UCI, unidades quirúrgicas, etc.).

1.5.3. Factores de riesgo psicosocial del trabajo de los profesionales de enfermería relacionados con el clima organizacional y gestión de los recursos humanos.

Adaptando el esquema de Mansilla (figura 13), a la actividad laboral de la enfermería hospitalaria hemos definido los factores de riesgo psicosocial especialmente relacionados con el trabajo, incidiendo de forma especial en los factores organizacionales y de gestión de los recursos humanos por su relación más directa con los objetivos e hipótesis de nuestro estudio. Así mismo establecemos una relación de los factores de mayor interés con las dimensiones del instrumento de medida utilizado para la evaluación de dichos factores, el ISTAS21, instrumento de referencia internacional durante los últimos años para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo.

1.5.3.1. Factores relacionados con el entorno del trabajo

- **Condiciones ambientales**: incluimos entre estas condiciones:
  - *Los agentes físicos del entorno de trabajo* (organización del ambiente de trabajo, iluminación, temperatura, humedad, ruido, radiaciones, etc.). Shumaker y Pequegnat (1989) inciden en la organización del ambiente físico hospitalario, que puede generar

riesgo psicosocial si impide la correcta prestación de los cuidados o enlentece y dificulta la actividad de los profesionales (obstáculos arquitectónicos, largas distancias, etc.).

Autores como Shumaker y Reizenstein (1982) y Reizenstein, et al (1986) destacan que las características físicas hospitalarias como: la iluminación insuficiente, temperatura elevada o muy baja, nivel de ruidos, mala ventilación, la mala ubicación de los equipos o largas distancias entre áreas relacionadas que impidan la atención inmediata y correcta a los pacientes, inciden de forma importante como factores de riesgo psicosocial en el trabajo y como fuente de estrés laboral y de síndrome de burnout. Bell y Greene (1982) destacan la importancia de una temperatura adecuada para el desarrollo de la actividad. Cuando la temperatura ambiental rebasa los 25ºC, los profesionales se sienten incómodos, irritables, y si la situación de exposición es prolongada da lugar a fatiga e intensifica las reacciones emocionales de estrés.

- *Los agentes químicos* (polvos, vapores, desinfectantes, etc.). En el entorno hospitalario destacan en este apartado, unidades especializadas donde el uso de agentes químicos de forma habitual origina molestias y mayor propensión a estrés relacionado con el riesgo que se deriva del manejo de estos agentes (gases anestésicos, gases esterilizantes, compuestos citostáticos, desinfectantes, etc.)

- *Los agentes biológicos* (Virus, bacterias, material contaminado, etc.). Este aspecto es importante en el ambiente laboral hospitalario, en relación con el riesgo continuo de contaminación y riesgo de contagio de enfermedad infecciosa. Este factor está en continua relación con la actividad hospitalaria y, a largo plazo puede generar insatisfacción, disconfort y originar manifestaciones de síndrome de burnout. Grau, et al (2007), definen como una de las unidades de mayor presencia de burnout, las de infecciosos.

- **Diseño del puesto de trabajo** (adaptación del entorno laboral al trabajador): La falta de adaptación ergonómica del entorno laboral al trabajador va a impedir el desarrollo adecuado de la tarea y el aumento de riesgo de desarrollar lesiones físicas y reacción psicológica negativa al trabajo. En los hospitales públicos, la estructura y entorno laboral han estado supeditados a un objetivo científico-técnico, buscando más la eficiencia, que el confort laboral. Así se crearon en la década de los 70 del siglo pasado grandes estructuras verticales para intentar dar servicios y cobertura sanitaria a un gran porcentaje de población en espacios limitados. Las características del entorno de trabajo de los profesionales de enfermería en estas estructuras es, en muchos casos, poco ergonómica, al tener que desarrollar su actividad en estancias pequeñas, habitaciones poco funcionales y con un mobiliario incómodo para desarrollar los distintos cuidados al paciente, siendo importantes factores de riesgo ergonómico producido por situaciones incomodas en la prestación de cuidados (higiene y movilización del paciente, ayuda a realizar las actividades, etc.), con un esfuerzo físico excesivo, a veces originado por las posturas incorrectas obligadas por el diseño ergonómico del puesto de trabajo, situaciones que constituyen una de las principales causas de accidentes y de lesiones (dolores de columna) con especial incidencia en el absentismo laboral (Calle y Frutos, 2008).

Existen estudios que relacionan factores como el estrés, tensión, insatisfacción laboral, con mayor incidencia en la presentación de dolor de espalda o agravamiento de éste si ya existe (Mola, 1996; Sánchez, et al, 1997; Morata y Ferrer, 2004). Girones (1998), asocia el dolor cervical con excesiva ansiedad o tensión emocional. La mayoría de los profesionales que han manifestado tener dolor en la zona de cuello y hombros, manifiestan tener nerviosismo a la hora de realizar las distintas actividades.

Afortunadamente esta orientación está cambiando desde hace unos años hacia unas estructuras hospitalarias más horizontales, ergonómicas y humanas.

1.5.3.2. Factores relacionados con la organización y gestión del trabajo

- **Organización del tiempo de trabajo**: Este apartado se refiere básicamente a la organización y al contenido del trabajo en función del tiempo e incluye factores como el horario laboral, la turnicidad y la nocturnidad, importantes factores de riesgo psicosocial para los profesionales de enfermería de atención especializada.

  - *El horario de trabajo:* El horario laboral configura, en gran medida, la forma de vida de los trabajadores. El número de días entre los cuales se reparte esta duración global del tiempo de trabajo, el número y la importancia de las pausas de cada día y el tipo de horario influyen de manera importante en la fatiga percibida por el trabajador (Morales, et al, 2005).

    Muchos hospitales en la actualidad están intentando amortiguar o prevenir el estrés laboral y síndrome de burnout modificando los ritmos de trabajo y los horarios estandarizados de 7-7-10 horas y se han desarrollado turnos de jornada continuada de 12 horas a días alternos, y turnos rotatorios de mañana tarde y noche "antiestrés". La jornada continuada se ha demostrado lesiva en unidades de gran presión asistencial. Atance (1997), Quiroz y Saco (2003), encontraron mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que dedican entre 36 y 40 horas a la semana, con respecto a los que trabajan menos de 36. Hoffman y Scott, (2003), compararon muestras de enfermeras con turnos de ocho horas con otras con turnos de 12 horas. Los resultados a los que llegaron es que estos últimos parecen crear más burnout que los primeros.

    En la actualidad y con el objetivo de facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral, así como ser más eficiente y productivo el tiempo de actividad se están planteando los "horarios flexibles" que dan al profesional mayor autonomía, en la estructura de la jornada laboral lo que contribuye a mejorar la satisfacción. Grzywacz, et al

(2007), afirman que los trabajadores que ven atendidas sus demandas en cuanto a su mayor disponibilidad horaria para el desarrollo del trabajo llevan una vida más saludable y manifiestan menos nivel de estrés laboral que los que se circunscriben a horarios rígidos de trabajo.

- *Trabajo a turnos y nocturno:* Inevitablemente los profesionales de enfermería para mantener el cuidado de forma continuada las 24 horas del día, deben realizar jornadas de trabajo inhabituales en la mayor parte de las actividades laborales. Tanto el trabajo a turnos como el trabajo nocturno, originan una alteración y rotura de los ciclos y ritmos establecidos a nivel del organismo, como los hábitos de nutrición, descanso, relación con el entorno familiar y social, provocando lo que Mansilla (2009) define como "un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social".

  Morales y Bermejo (2012) analizan la afectación que supone el trabajo a turnos rotatorios y nocturno en los profesionales de enfermería hospitalarios, concluyendo que tienen efectos negativos en la salud a nivel personal y social.

  De Melo y Ferraz (2013) establecen en su estudio que las enfermeras del turno de mañana, tarde y noche mostraron un nivel medio de estrés y las enfermeras que trabajan mañana/tarde y hacen turno rotatorio presentaron un alto nivel de estrés. Esta observación puede ser explicada por el hecho de que el trabajo a tiempo completo o que no tiene un horario específico puede hacer que sea difícil la inclusión social, la mejora profesional y el rendimiento en cualquier otra actividad por el problema de conciliar los horarios.

- **Aspectos relativos a las tareas**: Hacen referencia al conjunto de aspectos que son exigibles en el desempeño de la actividad laboral de una persona. Entre éstos se incluyen elementos como el ritmo de

trabajo, el conflicto y la ambigüedad de rol, la monotonía y la repetitividad de la tarea, la autonomía, la carga mental, la cualificación y el estatus profesional (Soler, 2008).

- *Funciones y Tareas:* Los factores relacionados con las funciones y tareas hacen referencia al contenido y sentido del trabajo para el profesional y describen un conjunto de elementos que son exigibles en el desempeño de una actividad laboral. En el caso especifico de la enfermería hospitalaria, establecen el contenido del trabajo que le corresponde desarrollar al profesional en base a su preparación y cualificación. Es lo que identifica el rol del profesional en el equipo de trabajo y su contribución específica a la sociedad que demanda de los servicios del cuidado profesional.

  Las tareas y funciones deben estar claramente determinadas para dirigir la práctica profesional y ser adecuadas al perfil específico y categoría profesional, a fin de evitar interferencias, duplicidades y disfuncionalidades dentro del equipo de trabajo. Según el INSHT (1996), si existe una buena delimitación competencial y de funciones, y estas se adaptan a las expectativas y a la capacidad del profesional de enfermería, contribuye a un mayor bienestar, siendo un argumento motivador, de lo contrario, puede llegar a ser una importante fuente de insatisfacción laboral, de fatiga y de estrés.

  La evaluación de este factor psicosocial en nuestro estudio se ha realizado con la dimensión "Sentido del trabajo" del instrumento ISTAS21.

- *Ritmo de trabajo:* se define así al tiempo requerido o utilizado para el desarrollo de las actividades. En la actividad hospitalaria este ritmo viene determinado por varios factores como son: el número de pacientes por equipo de enfermería (ratio), demandas de cuidados puntuales horarias, tareas complejas o de resultados imprevisibles. La actividad profesional hospitalaria es muy difícil de asignarle una

pauta horaria exacta, pues las respuestas de cada paciente ante la actividad es muy diversa, al igual que su nivel de implicación y colaboración. En muchos casos, la elevada presión asistencial, con asignación de altas ratios de pacientes/enfermera, unido a la presión del acúmulo de tareas horarias, hace que no dé tiempo a realizar las actividades con tranquilidad, pudiendo originarse más errores humanos, cansancio, insatisfacción por la tarea, agotamiento emocional y, progresivamente, llegar a generar el síndrome de burnout.

- *Monotonía y rutina:* El Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2001), establece que las tareas repetitivas y el trabajo monótono, con el tiempo, generan insatisfacción laboral y problemas de salud, por lo que debe reducirse el volumen de las tareas rutinarias, monótonas y repetitivas, favoreciéndose un trabajo variado con una amplitud y diversificación de tareas y de atribuciones, aunque esto origine una mayor rotación interna del profesional en las instituciones sanitarias hospitalarias.

  Moncada (2000), establece que el trabajo monótono, repetitivo y poco variado deriva en afecciones orgánicas, trastornos fisiológicos y psicosomáticos tales como dolores musculo-esqueléticos de la espalda y de los miembros superiores, estrés y ansiedad.

- *Sobrecarga de trabajo:* los profesionales de enfermería tienen un alto riesgo de experimentar una excesiva sobrecarga, siendo considerado en estudios revisados como su principal fuente de estrés laboral y burnout (Stordeur, et al, 2001).

  Inciden de forma importante en este factor variables como la alta presión asistencial, el incumplimiento de las ratios enfermera/paciente (Aiken, et al, 2002), con escasos recursos humanos para cubrir las necesidades y las altas demandas de los pacientes, constituyendo un factor de riesgo psicosocial en el ámbito

hospitalario (Borrachina, et al, 2002), que se presenta con más frecuencia entre los profesionales de enfermería (Dawe, et al, 1993; Aiken, et al, 2002; Teixidó, et al, 2006; Curiel, et al, 2006; Gómez, et al, 2009)

Leiter (1991), Lackritz, (2004), Gil-Monte, (2005) y Hallberg, et al, (2007), entre otros, señalan que la sobrecarga de trabajo se asocia especialmente con la dimensión de agotamiento emocional, estableciéndose menor relación con las conductas de despersonalización y con los sentimientos de disminución en la realización personal. Burke y Richardsen (1996), consideran que las puntuaciones de burnout son siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo (hospitales).

Rodríguez (2013), con respecto a la sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios y su relación con factores psicosociales y síndrome de burnout establece que "*los profesionales atraviesan por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), o hay una sensación de pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos, los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control, que lleva a una disminución de su autoimagen y a sentimientos de irritabilidad y fatiga"*.

El INSHT (2001), relaciona la sobrecarga laboral con hábitos adictivos (tabaco, alcohol y otras sustancias), ansiedad, disminución de la satisfacción laboral, baja autoestima, niveles altos de colesterol, tasa cardíaca aumentada y fatiga.

En profesionales de enfermería hospitalarios, la sobrecarga laboral, se ha relacionado con agresividad, baja eficacia profesional y depresión (Greenglass et al, 2003), con insatisfacción laboral, incertidumbre, bajo poder de decisión (Vanden Berg, et al, 2006), fatiga física (Shirom, et al, 2006) y con insatisfacción laboral, calidad

deficiente en el desarrollo de su actividad cuidadora y consecuencias negativas para los pacientes (Rauhala et al, 2007).

- *Autonomía:* Definimos este factor como la posibilidad real del profesional de gestionar de forma completa el trabajo que desarrolla, y esto incluye la planificación, desarrollo y ejecución, regulando el ritmo de la actividad y decidiendo el orden de las tareas y la forma de realizarlas, así como la evaluación y control de los resultados.

  La autonomía en el trabajo va unida a los conceptos de control y responsabilidad sobre el mismo. Mansilla (2009), indica la relación positiva existente entre el grado de control del profesional sobre su trabajo y los niveles de satisfacción laboral. En caso contrario, cuando se hace un gran control sobre el trabajador por el sistema, éste puede llegar a bajos niveles de autoestima, a una dependencia tecnológica y a una anulación de la iniciativa y motivación por el trabajo (INSHT, 2001).

  Varios estudios (Meseguer, 2005), fundamentan la importancia de este factor en base al modelo de "demanda-control-apoyo social (Karasek, 1979; Johnson y Hall, 1988; y Karasek y Therorell, 1990). Este modelo analiza las situaciones laborales basándose en las características del entorno de trabajo. Karasek planteó que los efectos negativos o positivos de estas situaciones estaban determinados por la combinación de dos dimensiones: las demandas psicológicas laborales y el control que el trabajador tiene para desarrollar estas demandas. Según esta argumentación, el trabajo más estresante es aquel que tiene unas elevadas demandas y una escasa capacidad de control, y es el mejor predictor de la tensión psicológica y de la aparición de enfermedades (Llorens y Salanova, 2000; Solanes, et al, 2005).

- *Responsabilidad:* Este factor está íntimamente relacionado con el anterior. El desequilibrio entre la responsabilidad del profesional ante

posibles errores y el nivel de control y de autonomía que tiene sobre el trabajo que desarrolla puede dar lugar a la aparición de diversas alteraciones en el trabajador, tanto si no está suficientemente cualificado para el desarrollo de la actividad, como si no cuenta con los recursos suficientes.

Mansilla (2009), establece que si el puesto de trabajo que ocupa el empleado está por debajo de su cualificación y de su capacidad, se produce gran insatisfacción y desmotivación y, si por el contrario, la actividad a desarrollar en el trabajo está, por encima de la capacidad del trabajador, genera estrés laboral y síndrome de burnout

- *Disfunciones de rol* (Sobrecarga de rol, Conflicto y ambigüedad del rol). Mansilla (2009), define en general el "rol" como " el conjunto de expectativas y demandas sobre las conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición". El rol de cada trabajador es el patrón de comportamiento laboral que se espera de quién desempeña un puesto de trabajo con independencia de la persona que sea. Es decir, es el conjunto de expectativas sobre conductas asociadas con el puesto que ocupa.

Estos factores de riesgo psicosocial en el trabajo han sido identificados frecuentemente como factores asociados a la aparición del síndrome de burnout (Schwab, et al 1986).

Los estudios efectuados han asociado la presencia de altos niveles de conflicto de rol con el cansancio emocional y el desarrollo de conductas de despersonalización y de actitudes negativas hacia los clientes (pacientes), aunque no se aprecia disminución de la realización personal (Friesen y Sarros, 1986; Schwab et al., 1986).

Casas, Repullo y Lorenzo (2002) exponen en su artículo la denominación de *estrés de rol* a la suma de estas dos variables más la sobrecarga de rol; la ambigüedad, como aquello que el trabajador

no sabe que se le está exigiendo, el conflicto cuando las exigencias son contradictorias o incompatibles entre sí y la sobrecarga cuando la presión laboral se produce en exceso. Según un estudio realizado por Moreno, Garrosa y González (2000), esta última variable, el estrés de rol, ha sido la de mayor poder explicativo del burnout y de cada una de sus dimensiones.

- *Sobrecarga de rol:* Se produce cuando se realiza una excesiva dedicación horaria a la actividad, vinculada a responsabilidades, o la necesidad de complementar un trabajo con otro. Ortqvist y Wincent (2006), relacionan la presencia de este factor cuando el tiempo y los recursos del trabajador no le permiten alcanzar las expectativas de realización y cumplir con las obligaciones para el desarrollo del rol asumido.

  Este importante factor de riesgo psicosocial se vincula con la doble presencia o doble jornada de trabajo especialmente de la mujer trabajadora, que finalizada su actividad laboral en la institución sanitaria y debe continuar con las exigencias laborales de la gestión doméstica. Este aspecto es muy importante de considerar en nuestro estudio, ya que la población mayoritaria de los profesionales de enfermería está constituida por mujeres.

  La evaluación de este factor de riesgo psicosocial en nuestro estudio se ha realizado con la dimensión "Doble presencia" del instrumento ISTAS21.

- *Conflicto de rol*: Según Meseguer (2008) citado por Soler (2008), se refiere a la existencia de demandas conflictivas o contrapuestas en la actividad laboral, o demandas que el empleado no desea cumplir, lo que ocasiona la aparición simultánea de una serie de exigencias que le impiden tomar una decisión sobre qué hacer. Cuenca (1996), establece que la presencia de situaciones conflictivas, es un estresor y factor de

riesgo psicosocial importante que va a originar una disminución de la satisfacción laboral en el profesional y una disminución del logro de los objetivos de la organización.

- *Ambigüedad de rol*: Se define como la falta de claridad sobre el trabajo que se realiza, sus objetivos y el alcance de las responsabilidades del trabajador.

  Mansilla (2009) relaciona este factor de riesgo psicosocial con el desconocimiento del trabajador sobre lo que se espera de él en el trabajo. Este factor aparece "*cuando no están claramente definidas las tareas por información incompleta, poco concisa y muy cambiante sobre los objetivos del trabajo, las responsabilidades, la comunicación y las relaciones, la autoridad y los procedimientos*".

  La evaluación de este factor de riesgo psicosocial en nuestro estudio se ha realizado con la dimensión "Claridad del rol" del instrumento ISTAS21.

En los profesionales de enfermería se han encontrado relaciones significativas entre los factores sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol y síndrome de burnout (Kilfedder et al, 2001).

- **Estructura de la organización del trabajo**: podía definirse como el procedimiento organizativo para la prestación del servicio en base a los objetivos marcados. incluye elementos como el diseño organizativo formal, los procesos de trabajo, las normas y protocolos de actuación, la gestión de recursos humanos y la cultura de la organización, elementos relacionados con la productividad, la satisfacción y la salud laboral de los trabajadores. Entre los factores de riesgo psicosocial a considerar en la estructura organizativa del trabajo destacamos: la comunicación, los estilos de dirección y liderazgo, la participación en la toma de decisiones, el apoyo social laboral, las interrelaciones y trabajo en equipo, los sistemas de promoción interna, de estabilidad, etc.

- *La comunicación en el trabajo*. Este es un factor esencial para el funcionamiento de un grupo de personas que trabajan con objetivos comunes en una organización. Cualquier problema con este factor va a originar conflictos interpersonales e insatisfacción en el trabajador, y la reducción de su bienestar en el trabajo. Isla, et al, (2004) establecen que la comunicación es un factor de riesgo psicosocial en el trabajo cuando no se da entre los trabajadores o ésta es inadecuada o negativa, impidiéndose el contacto y las relaciones sociales entre los miembros de la organización.

  Sarros y Friesen (1987) establecen una clara relación entre el deterioro de la comunicación e interacción entre los miembros del equipo de trabajo y el ambiente social y el aumento de afectación por el síndrome de burnout.

- *Estilo de dirección* (liderazgo). Los estilos de gestión y dirección utilizados, así como las diferentes estrategias de supervisión y el apoyo prestado por parte del supervisor son factores determinantes en el grado de satisfacción o de tensión en los trabajadores (Arizeta, et al, 2001) y un factor de riesgo psicosocial y de burnout. El desarrollo de algunos estilos de dirección (el autoritario o el evitativo/permisivo (laissez faire) es una causa importante de muchos de los problemas de relación en el trabajo.

  Dick (1986), asocia el síndrome de burnout a estilos de dirección autoritarios y burocratizados. Fong (1990), por su parte, establece que el apoyo de supervisores y el apoyo social del grupo se relaciona con menores niveles de burnout.

  Misumi (1985) y Bass (1992), establecen que el liderazgo basado exclusivamente en el desarrollo de la tarea, se relaciona con mayores niveles de estrés, ansiedad y hostilidad. Por el contrario, los líderes carismáticos, con estilos democráticos, contribuían a reducir el nivel de estrés de los trabajadores (Cooper y Smith, 2001).

Cummings, et al (2005), establecen que un estilo de liderazgo democrático, basado en competencias asumidas en el grupo de profesionales de enfermería, dan lugar a una situación de trabajo con buen estado psicológico de los profesionales para el desarrollo de la actividad, con menor agotamiento emocional, menos síntomas psicosomáticos, mayor nivel de salud emocional, mayor satisfacción con el trabajo y mayor conocimiento de los problemas y necesidades de sus pacientes, que las enfermeras con otros estilos de liderazgo más burocratizado.

La evaluación de este factor de riesgo psicosocial en nuestro estudio se ha realizado con la dimensión "Calidad de liderazgo" del instrumento ISTAS21.

- *Participación en la toma de decisiones*. Este factor es un importante argumento de motivación e implicación en la actividad laboral. contribuye a la formación y al crecimiento del los profesionales, puesto que suele fomentar el aprendizaje de técnicas de resolución de problemas, el análisis de la situación, la búsqueda de alternativas, el trabajo en equipo y la mejora de la comunicación. Cuenca (1996) y Pozo, et al (2002), establecen que la falta de participación, origina en el trabajador una falta de control sobre sus propias condiciones laborales, provocando afecciones de naturaleza psicosomática, asociada a la pérdida de bienestar en el trabajo.

  Glass, et al (1993) y Jansen, et al (1996) relacionan en sus estudios la escasa participación en la toma de decisiones o la falta de control sobre los resultados del trabajo realizado con estados depresivos, baja autoestima y burnout.

- *Formación y promoción laboral:* La formación para el desarrollo actualizado y óptimo de la actividad laboral, la promoción laboral, la expectativa de crecer profesionalmente y el desempeñar un trabajo acorde con la formación y preparación constituye un incentivo y

fuerte argumento de motivación y de inhibición del burnout (Morales, et al, 2005). Pades y Homar (2006b), consideran que la formación continuada de los profesionales de enfermería es un estímulo y un factor que amortigua el estrés; con ella, el profesional actualiza conocimientos, habilidades y destrezas, al igual que le ofrece seguridad en sí mismo y motivación para el desarrollo de los cuidados de forma segura y con las máximas garantías de calidad.

- *Uso de las nuevas tecnologías:* la incorporación en el trabajo de tecnologías con las que el trabajador no está familiarizado, como la informatización, así como la introducción de nuevas formas de organización pueden producir estrés (Castilla, et al, 2000; Blanco, 2000; Salanova, et al, 2000).

  La implantación de nuevos recursos tecnológicos, por una parte mejoran los arcaicos sistemas de comunicación de la información y de la gestión del trabajo de los profesionales, y facilitan una mejor y más ágil interrelación en el equipo, permitiendo unificar líneas y criterios de trabajo, pero, en muchos casos, y ante la dificultad del manejo de las nuevas tecnologías por parte de un grupo elevado de profesionales, puede producir sobrecarga laboral, mayor tensión, estrés y una situación de rechazo al cambio, si no se atiende a una correcta formación de los equipos y una dotación adecuada de recursos ante estas nuevas actividades. Estas altas demandas de actualización que requiere la nueva sociedad del conocimiento y los avances tecnológicos pueden originar según Heuven y Bakker (2003), una despersonalización profesional originada por el estrés, que aumenta el riesgo de síndrome de burnout y presencia de elevados niveles de insatisfacción laboral (Alcaino, 1996; Brotheridge y Grandey, 2002).

- *Apoyo social:* hemos encontrado en numerosos estudios la relación positiva que se establece entre el apoyo social y la ausencia o modulación de los efectos del estrés crónico laboral (Smith, et al

1984; Maslach-Pines, et al, 2002; Albar, et al, 2004; Fawzi AbuAlRub, 2004; Topa y Morales, 2007; Prins, et al, 2007). Estos estudios consideran que las buenas relaciones en el entorno más cercano (familia, amigos, pareja) es un importante factor defensivo contra el síndrome de burnout. Los efectos moduladores se han observado con más intensidad en el plano emocional, señalándose su papel mediador entre el estrés y el agotamiento emocional, influyendo igualmente sobre las actitudes de despersonalización.

Párraga (2005), tras una revisión sobre este factor, referencia un grupo de estudios que relacionan la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo con la aparición del síndrome de burnout (Burke, et al, 1984; Ross, et al, 1989). Por otra parte, Firth, et al, (1987) definen como una variable predictiva del síndrome de burnout, la falta de empatía por parte de aquellas personas que pudieran ofrecer apoyo (superiores, jefes, compañeros). Freedy y Hobfoll (1994) concluyen en su estudio que, a menor apoyo social, existen más posibilidades de padecer el síndrome de burnout. Por el contrario, Stordeur y D'Hoore (2007), establecen que unos mandos que ofrezcan apoyo y un clima de trabajo adecuado se relaciona con menor estrés, mayor satisfacción laboral y menor deseo de rotación y de cambio de trabajo.

Gil-monte (2005), destaca la importancia de procesos como la falta de reciprocidad en los intercambios sociales y la existencia de conflictos interpersonales en el entorno laboral. Concretamente, concluyen que dichos procesos son predictores significativos de las tres dimensiones que configuran el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, y falta de realización personal en el trabajo).

Buunk y Schaufeli (1993) definen como factor de riesgo psicosocial y fuente de estrés, no sólo la percepción de un desequilibrio en los intercambios sociales, sino también la

incertidumbre y falta de control sobre los resultados, afirmando que los profesionales de enfermería habitualmente no buscan ayuda entre los compañeros ante la aparición de estrés por miedo a la crítica o a ser considerados poco competentes.

La evaluación de este factor de riesgo psicosocial y del siguiente "relaciones interpersonales en el trabajo" en nuestro estudio se realiza con las dimensiones "apoyo social de compañeros", "apoyo social de la supervisión", "sentido de grupo" y "estima" del instrumento ISTAS21.

- *Relaciones interpersonales en el trabajo*. Está relacionado con el factor anterior, concretando el nivel relacional al equipo de trabajo (superiores y compañeros).

  - *Relaciones con los superiores* (mandos): las relaciones negativas con la supervisión en la enfermería hospitalaria según López (2009), es uno de los factores referidos en distintos estudios como importante factor de riesgo psicosocial, con repercusiones psicosomáticas en el trabajador (Agulló, 2001; Schwab et al 1986; Vigoda, 2000; Zellars y Perrewé 2001; Grau, et al, 2010; Campanario, et al, 2011; Galvez, et al, 2011). En este factor destacan como variables de riesgo psicosocial y de burnout, la falta de apoyo en el desarrollo de la actividad, la falta de estímulos positivos para la estabilidad en el trabajo, la percepción de políticas de gestión de los recursos humanos injustas y poco equitativas, las dificultades y cortapisas para la promoción profesional dentro del equipo de trabajo, y la duplicidad e interferencia de distintos niveles jerárquicos que obstaculizan el desempeño de las actividades, favoreciendo la confusión y la ineficacia en el desarrollo del rol profesional.

    El apoyo proveniente de la supervisión se relaciona por el trabajador como "apoyo organizacional", al vincular y personificar

a la organización en la persona responsable. En este sentido, la supervisión actúa como referente de la organización, por lo que un trato favorable contribuye al apoyo organizacional percibido (Rhoades y Eisenberger, 2002).

Jenkins y Eliott, (2004) destacan el apoyo de compañeros y superiores como importante factor para la mejora del estrés laboral.

- *Relaciones entre los compañeros y miembros del equipo de trabajo*: En el caso de los profesionales de enfermería, éste también es un importante factor de riesgo psicosocial y de estrés laboral y burnout (López y Pérez, 2004), identificado en las dificultades de relación e interacción con los propios compañeros de trabajo, con los pacientes, familiares y con otros profesionales del equipo (médicos).

Otro de los aspectos de este factor, son los conflictos éticos que enfrentan la formación y creencias de los profesionales de enfermería con los de los pacientes o médicos y que elevan los niveles de tensión y, consecuentemente, el estrés. No hay que olvidar los habituales conflictos interprofesionales del equipo de trabajo hospitalario (médicos y profesionales de enfermería) al defender, los unos y los otros, las prioridades en base a las distintas perspectivas a considerar en el cuidado del paciente (Miret, 2010; Pimentel, et al, 2011; Gustafsson, 2012).

Farrerons y Calvo (2008) llegaron a la conclusión de que a mayor dificultad en las relaciones (mayor nivel de conflicto percibido), mayores eran las dimensiones de agotamiento emocional y las actitudes de despersonalización, así como también se observaba una menor realización personal en el trabajo en los profesionales. En contraposición, algunos autores

establecen que el trabajo en equipo es la mejor forma de prevenir el síndrome de burnout (Martín y Zarco, 2010; Hernández, 2010).

La evaluación de este factor de riesgo psicosocial en nuestro estudio se realiza con la dimensión "Sentimiento de grupo" del instrumento ISTAS21.

- *Mobbing* (acoso psicológico en el trabajo): Este es un importante factor de riesgo psicosocial, con altas repercusiones en la salud del profesional (Fornés, et al 2004; García, et al 2006), afectando a su desempeño y al producto de su actividad. Consiste en el ataque cotidiano caracterizado por la implementación de una serie de tácticas o estrategias orientadas a desestabilizar, mutilar, y anular la autoestima del trabajador, su proyección laboral o social (Pérez, 2008).

  Piñuel (2008), al referirse a este factor, establece que "*se trata del comportamiento que se produce mediante la sistemática falta de respeto y de consideración al derecho a la dignidad del trabajador como un elemento esencial de la relación laboral*". Las causas más destacadas de este importante factor se relacionan directamente con déficits y errores en la organización del trabajo y gestión de los recursos, mala comunicación interna entre los profesionales e incapacidad para la resolución de los problemas de organización interna.

  Hay distintos estudios en los que se relaciona el mobbing con distintas respuestas profesionales como: descenso de autoeficacia profesional y escaso rendimiento en el trabajo (Zapf, et al, 1996), mayor absentismo e incapacidad laboral (Boada, et al, 2004), insatisfacción laboral (García, et al, 2004), siendo la insatisfacción con la supervisión uno de los referentes más destacados.

- **Satisfacción laboral.**

La satisfacción laboral es un factor fundamental en la prestación de los cuidados de enfermería y en la calidad de atención que forma parte del desarrollo organizacional de las instituciones sanitarias.

Locke (1976), define la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero como consecuencia de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, incidiendo tanto las circunstancias y características de la actividad que se desempeña, como las percepciones individuales del trabajador, condicionando la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo.

Desde la perspectiva organizacional, la satisfacción se considera una actitud circunscrita al ámbito laboral, que se ha definido como el grado de afecto positivo hacia el trabajo o sus componentes (Adams y Bond, 2000).

Lu, et al (2007) y Yang y Chang (2008), coinciden al definir la satisfacción laboral como una reacción afectiva y emocional de un individuo hacia el trabajo que realiza como consecuencia de la comparación entre los resultados deseados y los obtenidos.

La satisfacción laboral está influenciada por factores intrínsecos y factores extrínsecos. Dentro de los intrínsecos se incluyen factores como el desarrollo personal (posibilidades de formación y promoción), el nivel de reconocimiento, la responsabilidad y autonomía, la actividad que se desarrolla y los objetivos. Entre los extrínsecos se incluyen factores como el salario, las relaciones interpersonales con la supervisión y con los compañeros del equipo de trabajo, las condiciones laborales, el estatus, la seguridad (Güleryüz, et al, 2008).

Según distintos estudios, existe una relación inversa entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral (Burisch, 2002; Lee et al, 2004; Lee y Ashfort 1993). Estos estudios indican que a menor

satisfacción laboral más burnout, en concreto, mayor nivel de agotamiento emocional. En este mismo sentido coinciden los estudios de Duran, et al (2001), Tsigilis, et al (2004) y Doest, et al (2006), que establecen una mayor y más intensa relación entre la dimensión de agotamiento emocional y la satisfacción laboral.

Vahey, et al (2004), señalan con respecto a la enfermería hospitalaria, que el síndrome de burnout repercute directamente en la insatisfacción de los pacientes con el cuidado recibido. Visser, et al, (2003), concluyen que la satisfacción laboral es un buen factor protector del estrés laboral y sus consecuencias, definiendo como variables fundamentales de burnout e insatisfacción laboral las de tipo organizacional.

Piko (2006), relaciona la satisfacción laboral con menor absentismo. Igualmente se establecen relaciones en los profesionales de enfermería hospitalarios entre bajos niveles de satisfacción laboral con alta rotación y abandono temprano de la actividad laboral.

La evaluación de este factor de riesgo psicosocial en nuestro estudio se realiza con la dimensión "Satisfacción" del instrumento ISTAS21.

1.5.4. Modelos organizativos y de gestión sanitaria.

Este factor de riesgo psicosocial lo hemos querido desarrollar en la parte final de la introducción como aspecto específico y relevante con respecto al resto de factores analizados, por ser uno de los objetivos centrales de análisis de nuestro estudio.

La organización y gestión del trabajo con la adecuada asignación y gestión de los recursos humanos resultan fundamentales e imprescindibles

en toda organización y, en concreto, en la organización de prestación de servicios sanitarios a la población.

1.5.4.1. Modelos sanitarios atendiendo a su gestión financiera

La incorporación a mediados de la década de los años ochenta del pasado siglo de los "modelos de gestión" en las instituciones sanitarias, introdujo una "cultura empresarial" en los centros sanitarios, que priorizaba entre sus objetivos alcanzar una mayor eficacia y eficiencia, vinculada a una mayor participación e implicación de los profesionales y un protagonismo progresivo de los pacientes, en contraposición de los clásicos modelos caracterizados por un funcionamiento normativo, burocratizado y jerarquizado.

Este cambio hacia una gestión más participativa no ha seguido unos criterios homogéneos y, en nuestro país, las empresas e instituciones proveedoras de servicios sanitarios, no aplican un modelo único y estandarizado en la organización del trabajo y la gestión de los recursos humanos. Coincidimos con la afirmación de López (2009), de que el modelo o sistema de gestión a utilizar por una institución sanitaria está condicionado por el sistema organizativo desarrollado, la tecnología aplicada, la filosofía de trabajo y objetivos de la institución, las políticas de actuación, los recursos existentes y las políticas específicas de recursos humanos que orientan y guían las actuaciones, considerando los servicios sanitarios que oferta y el nivel de atención que presta a la población.

A pesar de estas nuevas orientaciones y modelos de gestión sanitaria, la sociedad del siglo XXI, está demandando grandes cambios en los procedimientos generales de la gestión, que implica una profesionalización de la misma, con una priorización del gasto en los aspectos de mejora de la calidad y atención a la demanda en base a una estructura racional de priorización de los problemas de salud para asegurar la provisión de los servicios más importantes. Las actuales teorías tienen su fundamento en la

"gestión estratégica" de los procesos y en el "liderazgo de los gestores" (Moracho, 2008).

La mayor parte de las reformas y aplicación de nuevos modelos en la sanidad, tanto a nivel español como europeo y mundial, han tenido por objeto una mejor gestión de los recursos económicos. Sin embargo, para casi todos los investigadores, las deficiencias en la gestión de los centros sanitarios, especialmente los públicos, son causadas por la baja eficacia de los modelos de gestión utilizados. En realidad, no se han implementado técnicas de gestión modernas como las adoptadas en las organizaciones empresariales, sino soluciones coyunturales desde la perspectiva médica pero no empresarial (Tortosa, 2009; Cabo, 2010 y Repullo, 2011).

Los modelos sanitarios en relación a la financiación y gestión económica de la sanidad se han clasificado de forma genérica en modelo de gestión "*pública"*, "*privada"* y "*mixta*".

- **Modelo de financiación y gestión pública**.

  La sanidad en nuestro país es el servicio público más valorado en los últimos años y así lo demuestran las distintas encuestas realizadas al respecto (Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS, 2011). Existen objetivados muchos indicadores cuantitativos relacionados con la actuación destacada de la sanidad pública Española de alta calidad, que la sitúan en puestos de privilegio a nivel mundial (Nolte y McKee, 2008). El mensaje social y político ha referenciado la alta calidad de nuestro sistema sanitario público y ha defendido sus principios de universalidad, accesibilidad, solidaridad y equidad, aunque en los últimos tiempos esta visión positiva ha cambiado, modificando la visión sobre el actual modelo, en el que prima el desorbitado gasto, la gran desmotivación de los profesionales, formulas de gestión ineficaces, uso inadecuado de los recursos por parte de la población, haciendo temblar el modelo al ser financieramente difícil de mantener (Abellán, et al, 2013).

Este modelo marca la responsabilidad de las administraciones públicas en prestar un servicio a toda la población financiado por los ciudadanos a través de los impuestos y contemplado en los Presupuestos Generales del Estado como uno de los servicios principales y prioritarios, con el fin de mantener una asistencia sanitaria que sea pública, gratuita, universal, equitativa, accesible y de la máxima calidad.

Actualmente, el personal del Sistema Sanitario Público presta servicios para, al menos, 42 entes públicos contratadores, cuyas personalidades jurídicas van desde la aún más habitual del Organismo Autónomo, hasta otras fórmulas incorporadas más recientemente, como *Empresa Pública*, *Fundación*, *Consorcio Público*, etc. (Hernández, 2005). La mayoría de los trabajadores están integrados en el cuerpo de "Personal Estatutario", formulación establecida en los Estatutos de Personal Facultativo, Sanitario No Facultativo y No Sanitario de los años sesenta, validada ya en la democracia por la Ley de Función Pública del año 1984 y la LGS de 1986 y desarrollada mediante la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Los actuales problemas de financiación de la sanidad pública están dando pié a una búsqueda de soluciones que, intentando dar la calidad exigida, haga más eficiente la gestión y reduzca los costes actuales, que se han incrementado en los últimos diez años un 49% y que están generando una deuda insoportable para las administraciones que, a fecha actual sobrepasa los 13.000 millones de euros (Puig-Junoy, 2011). Una de las iniciativas más utilizadas a fin de simplificar la gestión pública directa en todos los procesos vinculados a la asistencia sanitaria es la "externalización" de ciertas áreas de actividad, generalmente secundarias en el proceso de atención sanitaria como los servicios hosteleros, mantenimiento de estructuras, servicios administrativos y logísticos.

La "*externalización"* de algunos servicios sanitarios se puede definir como el "proceso por el que la administración sanitaria subcontrata algunas áreas de actividad propias a otra empresa externa mediante un contrato. El objetivo fundamental, además de la simplificación de la gestión, es buscar una mayor eficiencia de estos servicios y una reducción de costes. Este sistema genera distintos problemas, definidos a partir de las experiencias existentes, como son: falta de vinculación a la cultura de la administración contratante y de los objetivos institucionales, falta de compromiso con los fines de la administración, destrucción de puestos de empleo de calidad en las áreas externalizadas, factores que van a incidir en la calidad real y percibida del servicio prestado y en la motivación y aparición de mayores niveles de estrés en los equipos de trabajo.

- **Modelo de financiación y gestión privada**.

El Modelo de sanidad privada de nuestro país consiste en el conjunto de recursos y servicios sanitarios con titularidad privada de que se dispone para atender la salud de sus ciudadanos. La diferencia de este modelo con el de la sanidad pública es que, unido a los objetivos asistenciales para cubrir la demanda de servicios sanitarios, su objetivo principal es obtener beneficios económicos con la actividad desarrollada. Este modelo ha ido ganando posiciones de mercado ante los actuales problemas de financiación y de recortes de la sanidad pública, cubriendo las demandas de servicios sanitarios de más del 15 % de la población, aunque una parte de esta población utiliza la sanidad privada complementando a la oferta pública de prestaciones.

El Modelo sanitario privado parte de la idea de que cada ciudadano se hace responsable del cuidado de su salud, y es éste quien decide cuánto dinero va a invertir en ella y por ello escoge a su criterio la empresa que mejor defiende sus intereses en el cuidado de su salud.

La **principal diferencia** entre el modelo de gestión *pública* y *privada* de la sanidad es que la administración pública genera valor social al proteger la salud a sus ciudadanos. Los directivos del sector público crean valor y riqueza social en la medida que logran satisfacer los deseos de sus ciudadanos, mientras que la misión primordial para el sector privado es generar valor para la empresa en que trabaja. La gestión pública busca alcanzar sus objetivos mediante la protección social y la redistribución de recursos, mientras que la privada se centra en el ánimo de lucro buscando la rentabilidad económica en el desarrollo de la actividad sanitaria.

- **Modelo de financiación y gestión mixto**.

Iranzo y Sánchez, (2011), consideran que el papel del sector público en la provisión de servicios sanitarios está cambiando, desplazando la responsabilidad de la provisión directa de los mismos a una función de regulación y control. La justificación de este cambio se fundamenta en la idea de que el sector privado es más eficiente en dicha prestación al contar con estructuras de incentivos que favorecen la reducción de costes y la innovación. Una de las alternativas para abordar las necesidades de gestión de la atención sanitaria ha sido la utilización de fórmulas colaborativas entre sector público y privado, con el objetivo de obtener algunos de los beneficios esperados de esta modalidad de gestión.

Los modelos de Colaboración Público-Privada (CPP) se enmarcan dentro de los sistemas actuales de gestión indirecta de los servicios públicos, y engloban múltiples fórmulas de participación (figura 14). Las iniciativas de gestión a las que más se ha recurrido en materia sanitaria han sido los proyectos de financiación privada de la inversión (PFI), especialmente en los últimos años, pues pretende garantizar que el sector privado se responsabilice no sólo de la calidad del diseño y de la construcción que lleva a cabo, sino también del mantenimiento de los activos a largo plazo. La fórmula concesional o PFI ha sido la más

extendida por el territorio nacional, en gran medida porque ayuda a saldar parte de los problemas del sistema sanitario español sin ceder la gestión sanitaria y la prestación del servicio.

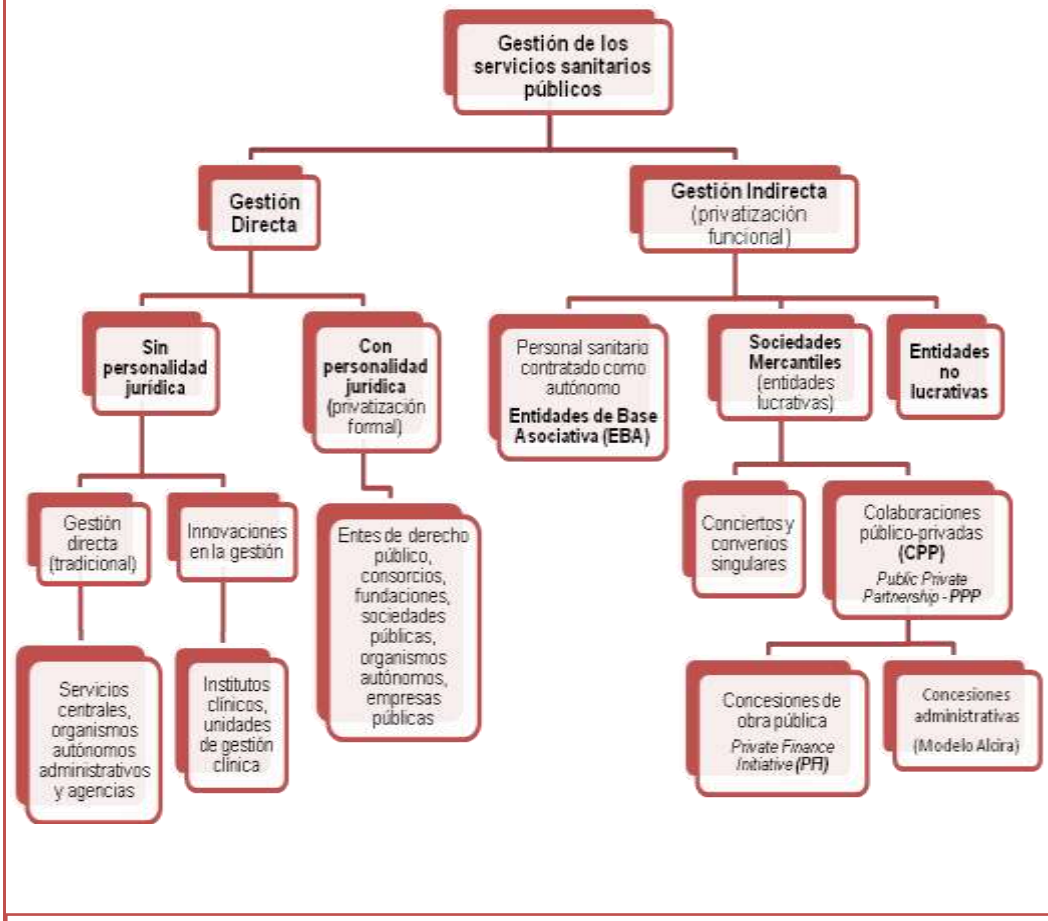


Figura 14*: Innovaciones en los modelos de gestión de los servicios sanitarios públicos (Abellán et al, 2013).*

Por norma general, en los llamados modelos PFI la Administración contrata la construcción del hospital a una Unión Temporal de Empresas (UTE) que, con financiación privada, se compromete a la construcción del hospital, a dotarlo del equipamiento y del mobiliario general y clínico necesarios para la prestación de los servicios sanitarios, así como a mantener la estructura en buenas condiciones durante el periodo de concesión, aproximadamente 30 años. Durante ese periodo la UTE se reserva el derecho de gestión de los servicios no sanitarios. A cambio de los servicios de gestión no sanitaria

y de la construcción del hospital, que pasará a manos públicas una vez finalice el periodo de concesión, el ejecutivo paga un canon anual por el uso de las instalaciones que se actualiza en función del IPC estatal o el de la propia comunidad (Iranzo y Sánchez, 2011).

Figura 15: Modelo Alzira
http://www.modeloalzira.es/bases.html

El modelo de "Concesión" o "Modelo Alcira" completa las opciones de gestión mixta (público-privada). Este modelo aumenta el poder de gestión privado del PFI, permitiendo que la UTE concesionaria se encargue, además de la gestión y explotación de los servicios no sanitarios, de los servicios sanitarios durante el tiempo de duración de la concesión.

Este modelo de gestión está basado en cuatro principios básicos (figura 15)

- *Financiación Pública:* El sistema de contraprestación se basa en un pago capitativo. La Administración paga a la empresa concesionaria una cantidad anual fija y preestablecida por cada persona adscrita al área de salud de su competencia. También paga por la atención prestada a los pacientes que no residan en la zona (desplazados).

- *Propiedad Pública:* En todo momento se garantiza la naturaleza pública del servicio de salud. El centro objeto de concesión es un hospital público, construido en suelo público y perteneciente a la red de hospitales públicos.

- *Control Público:* La empresa concesionaria está sujeta al cumplimiento de las cláusulas establecidas en el pliego de condiciones. La Administración tiene capacidad de control y de inspección, así como facultad normativa y sancionadora.

- *Prestación Privada:* La prestación del servicio sanitario se adjudica durante un periodo de tiempo preestablecido a una empresa, que se compromete a la buena marcha y gestión del servicio público, a cambio de una cantidad económica prefijada por habitante que le garantice un nivel suficiente de beneficios. Al estar gestionado por medios privados, se genera una descarga importante de los presupuestos públicos. El precio capitativo está pactado, por lo que la Administración transfiere el riesgo financiero a la empresa.

Este modelo tiene ventajas para el ciudadano, entre las que cabe destacar: una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios al ampliarse los horarios, inexistencia de listas de espera; mayor satisfacción y percepción de aumento de la calidad al estar dotados los centros de mayor tecnología y ampliar las especialidades de atención en base a la demanda existente. Igualmente la Administración pública, además de reducir de entre un 20 y un 30% los costes de gestión, aprecia mejoras en la productividad y en la eficiencia interna del sistema sanitario.

Como afirma Hernández (2005), bajo cada uno de estos modelos y enfoques de gestión, las políticas de recursos humanos desarrolladas y aplicadas son bien diferentes.

Los distintos modelos de gestión financiera se identifican con distintos modelos funcionales y tienen una identidad propia y específica a la hora de desarrollar las políticas de recursos humanos y de organización del funcionamiento interno de las distintas entidades implicadas en los centros asistenciales, que van a marcar diferencias importantes en el nivel de satisfacción laboral de los profesionales y en su respuesta ante su actividad profesional, pudiendo incidir, alguno de los modelos mencionados en una insatisfacción laboral que repercute en una disminución de la calidad, en mayores riesgos psicosociales en relación al trabajo y en mayores posibilidades de desarrollar estrés laboral y síndrome de burnout.

1.5.4.2. Modelos sanitarios atendiendo a la organización y gestión funcional.

Los Modelos de organización y de gestión en la enfermería hospitalaria están entroncados en el modelo organizativo de la Institución de pertenencia. A la hora de definir los distintos modelos de organización y de gestión en la enfermería hospitalaria, hemos encontrado gran diversidad de orientaciones y clasificaciones que pueden llevar a confusión, pero que pueden ser perfectamente relacionados a la hora de marcar las diferencias específicas y diferenciadas y la influencia de cada uno en la satisfacción profesional y en los niveles de estrés y deterioro de los profesionales en su entorno de trabajo.

- **Modelo burocrático clásico**, también conocido como: *modelo tradicional*, modelo *vertical,* modelo *orientado a la tarea* ò dirección por instrucciones(DpI) .

  Modelo bajo la influencia de las ideas y conceptos del desarrollo industrial, con los aportes de Fayol y Taylor, los sistemas de salud se han organizado en niveles jerárquicos, con responsabilidades y competencias definidas para cada nivel. Artaza, et al (2009), afirman que "este modelo ha sido un fiel reflejo de la más antigua tradición hospitalaria desde su concepción al alero de las fuerzas militares o religiosas del renacimiento". Este Modelo regula la actividad de la organización estableciendo una amplia y estricta normatización, que marca las actuaciones de cada uno de los profesionales/trabajadores de la organización, impidiendo, en gran medida, la innovación en el desarrollo de la actividad, y fomentando la rutina y despersonalización, con poca implicación de las personas en la consecución de los objetivos.

  En este modelo domina una estructura jerárquica y de gestión centralizada, caracterizada porque los gestores de más alto nivel son los que adoptan la mayoría de las decisiones, trasladándolas en forma de instrucciones al resto de miembros de la organización, generalmente de

forma jerarquizada, de arriba hacia abajo (Mompart y Durán, 2009). En ocasiones los hospitales con este sistema jerárquico delegan la responsabilidad en niveles inferiores, sin otorgar la autoridad correspondiente, dando lugar a una gestión compleja e ineficaz, al estar en manos de la persona gestora la toma final de decisiones.

- **Modelo de gestión por objetivos** (valor del servicio al cliente)

Odiorne (1976), define la Dirección por Objetivos (DpO) como: *"El proceso mediante el cual los jefes y subordinados de una organización, conjuntamente, identifican sus metas comunes, definen las áreas principales de responsabilidad de cada individuo, en términos de los resultados que de él se esperan y, emplean estas medidas como guías para el manejo de la unidad y para evaluar la contribución de cada cual".*

La gestión o Dirección por Objetivos (DpO) es un modelo utilizado en la práctica de diferentes sistemas organizacionales y con distintos niveles de desarrollo. Este modelo se viene utilizando desde mediados del siglo XX en distintas empresas, instituciones públicas e incluso organizaciones sociales.

La DpO es un modelo de dirección que mide la actuación profesional en términos de resultados, es decir, por lo que realmente se consigue, y no por la mayor o menor cantidad de esfuerzo físico y mental empleado por los trabajadores en el desarrollo de la actividad.

En un gran número de centros hospitalarios, fundamentalmente de la sanidad pública ha sido y sigue siendo desde mediados de los años 80, el modelo "teórico" de soporte de su gestión, aunque con muy diferentes planteamientos de operativización que cabalgan desde el mantenimiento de los anteriores sistemas burocráticos y verticales, hasta nuevos sistemas de desarrollo de corte horizontal y de descentralización en la definición de los objetivos por unidades/áreas de actividad, al amparo de factores inherentes a la DpO como: mayor productividad y

racionalidad, desburocratización y descentralización de autoridad y recursos.

Moreu y Vilana (2008), consideran que actualmente la planificación estratégica por objetivos en las organizaciones sanitarias tiene un elevado grado de descrédito, tanto por parte de los directivos de las organizaciones como por parte del tejido social, fundamentalmente debido a que dicho modelo ha sido desarrollado verticalmente por la dirección sin participación de los profesionales y que dicho modelo establece los objetivos a conseguir (el "QUE"), sin definir, ni asignar las previsiones para el "COMO" (acciones y recursos que permitan la consecución de los objetivos). Los autores concluyen al respecto que en la aplicación del modelo se ponen de manifiesto un conjunto de deseos y buenas intenciones sobre el papel, más que como objetivos concretos medibles y realizables con los recursos disponibles.

- **Modelo de gestión por competencias** (Valor de los recursos humanos).

Este modelo viene a complementar y completar el anterior modelo de DpO, aportando factores fundamentales para el desarrollo de la actividad en las instituciones sanitarias hospitalarias como son: la calidad del capital humano (las personas que participan en la organización), de su capacidad de adaptación e innovación, de su formación y experiencia objetivables conforme a un sistema de "competencias".

Villa, et al, (2004), consideran que el modelo de Dirección por Competencias (DpC) es un modelo integral de gestión de los recursos humanos que contribuye al logro de los "objetivos estratégicos", detectando, adquiriendo, potenciando y desarrollando las competencias que dan valor añadido a la organización y que le diferencia en su sector.

Con este modelo, la dirección estratégica de recursos humanos abandona el enfoque tradicional centrado en los costes, y evoluciona hacia una gestión estratégica en la que los recursos humanos juegan un papel esencial en la consecución de los objetivos estratégicos de la organización mediante la generación de competencias y compromiso organizacional como componentes clave en el proceso de creación de valor. La institución sanitaria (hospital) tiene en consideración las necesidades y deseos de los trabajadores a fin de convertirse en ayuda, respaldo y estímulo al desarrollo profesional y personal de cada uno de sus miembros.

Entre los componentes de las competencias en una organización se encuentran las habilidades, los valores, creencias y actitudes, los conocimientos, las motivaciones, el contexto, la capacidad y los rasgos personales. Este modelo se adecúa mucho a la prestación de los servicios sanitarios, tanto desde la perspectiva de organización como también desde la de relaciones humanas entre los componentes involucrados en la actividad (los profesionales sanitarios y los pacientes, sus familiares y entorno).

Las competencias por lo general se dividen en:

- *Competencias de conocimiento o técnicas* (específicas): que se derivan de los conocimientos académicos y establecen los roles profesionales de los distintos miembros del equipo multidisciplinar de trabajo.

- *Competencias de calidad* (genéricas): se refiere a las capacidades profesionales, psicológicas o sociales para desempeñar los puestos de trabajo. Este tipo de competencias varían a lo largo del tiempo especialmente como consecuencia de la experiencia y de la adaptación a los cambios y requerimientos de la actividad profesional.

El modelo de Gestión por competencias permite valorar las competencias del personal tanto respecto a sus conocimientos y desempeño técnico como respecto a su puesto dentro de la organización. Por otra parte quedan claras para el profesional sus obligaciones, marcos de competencias, resultados y objetivos que se esperan que alcance.

El modelo de DpC es un buen método para mejorar tanto la imagen corporativa como la motivación de los profesionales de la sanidad. Permite una mejor selección de los miembros del personal para ocupar puestos de control y mando, al tiempo que también permite una mejor evaluación de su trabajo y proyección de lo que puede realizar en el futuro (Pereda y Berrocal, 2005).

- **Modelo de gestión por valores** (valor a las personas, innovación, descentralización y empowerment).

Ruiz (2012), considera que el paradigma tecno-estructural en el que se desenvuelve la atención sanitaria en la actualidad, requiere de un modelo de gestión que permita aportar validez en un entorno altamente competitivo y que consiga, de todas las personas que forman parte de una institución, alcanzar elevados niveles de confianza, compromiso, creatividad y rendimiento, aspectos considerados en el modelo de dirección por valores (DpV).

La DpV supera a la clásica dirección por instrucciones de principios del siglo XX, centrada en la tarea, y a la dirección por objetivos de la década de los sesenta y aún vigente en la actualidad, siendo, conjuntamente con "el modelo de dirección por competencias, uno de los paradigmas de la gestión actual y una excelente herramienta de liderazgo que hace posible la humanización de las instituciones y empresas y potencia la legitimación, cohesión y credibilidad del equipo directivo ante sí mismos, los trabajadores y el resto de la sociedad" (Ruiz, 2012).

El término de Dirección por valores ha sido descrito en nuestro entorno por García y Dolan (1997), definiéndolo como una nueva herramienta de liderazgo estratégico, que sitúa a la persona y los valores en el centro de interés de la gestión de las instituciones y empresas. Se desea con esta herramienta un "rendimiento profesional de alta calidad", eficaz, equitativo y eficiente fundamentado en valores como la confianza, la creatividad, la honestidad, el respeto, la libertad, la seguridad, etc.

En la figura 16 se resume la evolución de los modelos de gestión/dirección analizados a nivel funcional en instituciones y empresas destacando como aspectos más relevantes los siguientes:

- *Dirección por instrucciones (DpI):* Se desarrolla a partir del año 1920. El poder y la toma de decisiones están centralizados (Jefe). Es un modelo caracterizado por una baja complejidad organizativa, baja necesidad de calidad y de orientación al cliente y poca necesidad de equipos, redes y estructuras.

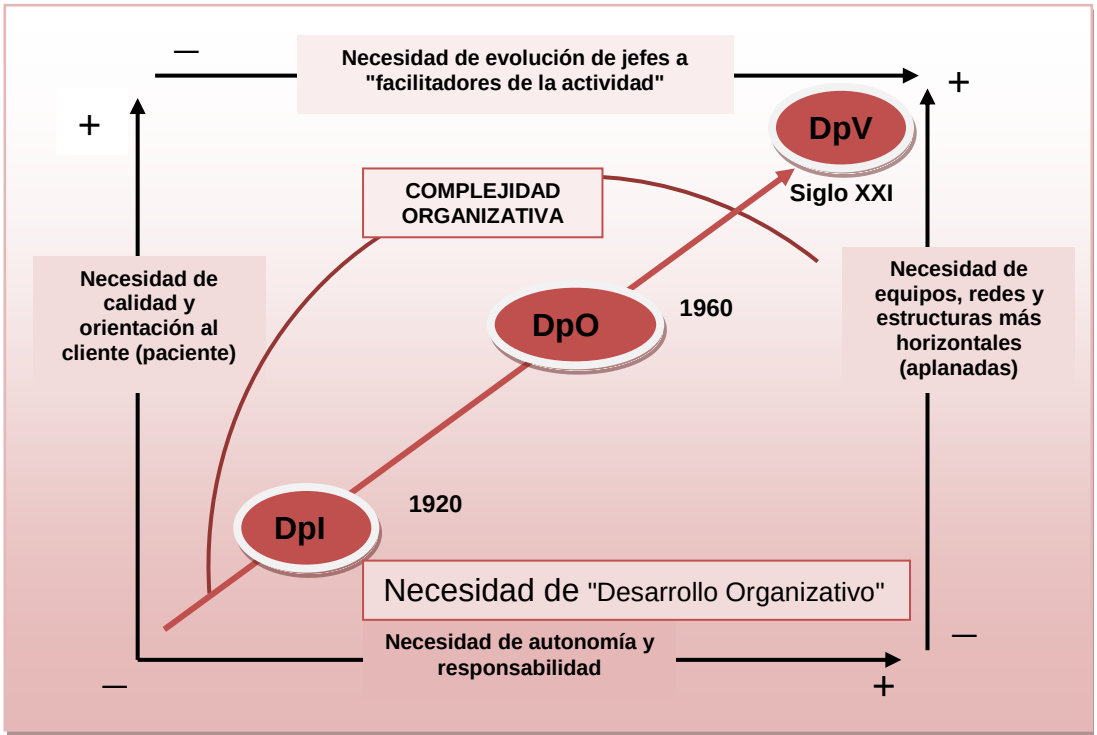


Figura16: Proceso evolutivo de los modelos de dirección: por instrucciones (DpI), por objetivos (DpO) y por valores (DpV). (García y Dolan, 1997)

- *Dirección por objetivos (DpO).* Modelo que se desarrolla con una amplia influencia en la cultura organizacional a mediados de la década de los años 60. Se produce una mayor apertura en la autonomía profesional y toma de decisiones consensuadas por parte de la dirección (gestor de recursos humanos). Este modelo se caracteriza por un aumento de la complejidad organizativa y de la necesidad de mayores niveles de calidad y de orientación al cliente, aumentando las necesidades de equipos, redes y estructuras.

- *Dirección por valores (DpV).* Modelo de reciente instauración (año 2000) que se centra en el papel de los dirigentes en el liderazgo facilitador y en los valores. Es un modelo que se caracteriza por mayores niveles de complejidad organizativa, aumentando los requerimientos de calidad y de orientación al cliente (paciente) y la necesidad del trabajo colaborativo, de equipo, redes y estructuras y que potencia a niveles máximos la autonomía y responsabilidad profesional.

En los modelos de DpO, DpC y DpV, domina una estructura jerárquica y de mando descentralizada, en la que la comunicación se produce de forma ascendente en cuanto a las decisiones y resultados y las responsabilidades se delegan en mandos intermedios y en todos los profesionales (horizontalidad), favoreciendo la simplificación de la gestión y del funcionamiento del hospital, reduciéndose los niveles de supervisión y agilizándose la información.

Si bien, el modelo de gestión de las instituciones sanitarias es importante, no lo es menos las características lidéricas de los gestores, y como desarrollan los modelos teóricos de gestión (el modo de gestionar). El modelo como tal no tiene impacto directo en la salud de la población y lo que nos importa es el resultado final en la población que, por lo visto, en estos últimos años de restricciones, lo que reclama es una "asistencia de calidad" en un sistema "universal y público".

1.5.5. Estilos de liderazgo de la enfermería hospitalaria y su relación con el síndrome de burnout

Los modelos de gestión analizados se desarrollan en las instituciones sanitarias en todas las divisiones y las áreas funcionales integradas en sus organigramas, entre ellas, la división de Enfermería, propiciando distintos "estilos de liderazgo" compatibles con las características y fundamentos del modelo de referencia, que van a tener incidencia en los niveles de motivación de los profesionales y en la aparición de conflictos en el entorno de trabajo que concluyan en situaciones de estrés laboral y de cansancio emocional, despersonalización o baja realización personal de los profesionales.

Aunque en muchas ocasiones se utilizan indistintamente los términos de gestión y de liderazgo, estos conceptos se corresponden con significados no siempre coincidentes en la práctica organizativa de las instituciones y empresas. Yukl (2002), afirma que los directores/gerentes valoran la estabilidad, el orden, la eficiencia mientras que los líderes toman en consideración la flexibilidad, la innovación y la adaptación. Los gerentes se ocupan de definir cómo llevar a cabo las tareas e instruyen a las personas para que las realicen de forma apropiada. Los líderes, en cambio, se preocupan por las necesidades de cada una de las personas que componen su equipo o división y además las hacen participar en la toma de decisiones.

Mompart y Durán (2009), establecen los siguientes matices diferenciales entre el liderazgo y la gestión:

- El liderazgo hace referencia a actitudes y valores relacionados con el talante personal y su influencia en las personas, que dota de capacidad para gestionar la cultura y los valores de la empresa y de sus profesionales, considerando las relaciones de poder, los afectos, las tendencias y los intereses del grupo. Se ocupa de los aspectos de las relaciones humanas para motivar en la consecución de los objetivos centrándose en el "qué" y en el "por qué".

- La dirección gestiona la misión e intereses de la empresa a través de sus trabajadores teniendo en cuenta las metas y objetivos de la organización, para conseguir los fines predeterminados. Se ocupa prioritariamente de que se cumpla con el plan establecido, centrándose en el "cómo".

1.5.5.1. Definición de liderazgo

Huici y Morales (2004) consideran que donde quiera que un grupo se involucre en la realización de una actividad, surge una estructura de liderazgo.

"Practicar el liderazgo, al igual que practicar la medicina, implica dos procesos fundamentales: el diagnóstico y la acción. Y ambos procesos se despliegan en dos dimensiones: hacia el sistema organizativo o social en el que se opera y hacia uno mismo. Es decir, uno diagnostica lo que sucede en su organización y actúa para solucionar los problemas que se hayan detectado" (Heifetz, et al, 2012, p.28).

Yukl (2008), define el liderazgo dentro de las organizaciones, como: "*el desarrollo de un sistema completo de expectativas, capacidades y habilidades que permite identificar, descubrir, utilizar, potenciar y estimular al máximo la fortaleza y la energía de todos los recursos humanos de la organización, elevando el punto de mira de las personas hacia los objetivos y metas planificadas más exigentes, que incrementan la productividad, la creatividad y la innovación del trabajo, para lograr el éxito organizacional y la satisfacción de las necesidades de los individuos*".

Valdano y Mateo (2012), definen el liderazgo como: "el arte de gestionar voluntades, combinando seducción y organización".

En la línea de la definición de Valdano y Mateo se han hecho múltiples definiciones de liderazgo abordando distintos matices del término en las distintas esferas de desarrollo del mismo (social, político, organizacional, empresarial, etc.), pero en la mayor parte de ellas se describe el liderazgo

como: "*el proceso de influencia que un individuo ejerce sobre otro individuo o grupo, para lograr la consecución de los objetivos en una determinada situación*" (Burns, 1978; Hersey y Blanchard (1993); Valdano y Mateo (2012); Marriner, 2009; Hernández, (2010); Milos, et al, 2011). Esta definición se relaciona con "la Teoría del Liderazgo Situacional" (TLS), modelo muy extendido en los estudios relacionados con las ciencias de la salud y, en concreto, con la Enfermería.

El desarrollo efectivo del liderazgo, teniendo en cuenta esta teoría, implica la toma de decisiones, la distribución adecuada de los recursos, el manejo de conflictos, la comunicación a todos los niveles y la selección de estrategias adecuadas a fin de motivar a las personas que conforman el equipo multidisciplinar (Marriner, 2009).

Silva y Galvâo, (2007), establecen que mediante la utilización de una correcta estrategia de liderazgo los profesionales de enfermería intentan conciliar los objetivos organizacionales con los objetivos del grupo profesional, buscando el perfeccionamiento de la práctica profesional y principalmente el logro de una asistencia de enfermería de la mayor calidad.

1.5.5.2. Estilos de liderazgo

Entre las múltiples clasificaciones existentes sobre estilos de liderazgo, la más popular y aceptada ha sido la formulada a partir de dos dimensiones: *liderazgo centrado en la tarea u objetivos*, y *liderazgo centrado en las personas y las relaciones* (Likert, 1961; Hersey y Blanchard, 1993).

El *liderazgo centrado en la tarea/logro*, fundamenta la prioridad del líder en conseguir los objetivos propuestos, para lo que suele utilizar estilos más directivos, como el autoritario, el burocrático (normativo) y el consultivo, estableciendo en este último una cesión de responsabilidad, aunque manteniendo la toma de decisiones en todo momento. Este estilo ha sido y es muy habitual en las instituciones sanitarias hospitalarias.

El *liderazgo centrado en las personas y relaciones*, implica un considerable interés por los aspectos socio-emocionales del grupo de trabajadores de la organización, es decir, por las personas y sus relaciones dentro del grupo de trabajo. Éste liderazgo se sustenta en estilos más participativos (estilo democrático), en los que el profesional adquiere mucho más protagonismo en la toma de decisiones asumiendo más fácilmente sus responsabilidades y compromiso con la organización.

El liderazgo como comportamiento y proceso de conducción de grupos aprendido ha sido un importante elemento de estudio y análisis que ha dado lugar al desarrollo de distintos modelos que describen los distintos roles del líder para conseguir el desarrollo de la actividad de producción o el servicio previsto. En la tabla 3, se describen algunos de los más representativos.

Teorías y estilos de Liderazgo			
Likert y la Universidad de Michigan	**Lewin y Universidad de Iowa**	**Teoría trayectoria-meta (House y Evans)**	**Características**
Explotador Autoritario	**Autocrático**	**Directivo**	• Poca confianza en los subordinados/trabajadores • La actividad se orienta a la tarea • Motivación e incentivación con premio o castigo • Comunicación descendente (Vertical y burocrática) • Decisiones se toman en el nivel superior
Paternalista autoritario			• Condescendientes con subordinados • Motivación: recompensa/promoción-castigo • Poca delegación de responsabilidad • Decisiones se toman en niveles superiores
Consultivo	**Participativo**	**De apoyo**	• Cierta confianza en subordinados. La influencia y libertad del grupo es más amplia • Utilizan algunas ideas y opiniones de los subordinados • Flujos de comunicación ascendentes-descendentes • Conceden parte de la responsabilidad /autonomía • Líder toma la decisión última
Participativo	**Democrático**	**Participativo**	• Total confianza en los trabajadores; obtienen de ellos ideas y opiniones utilizándolas de forma constructiva. • Se recompensa la participación y cumplimiento de objetivos • Promueven la toma de decisiones, actuando en grupo directivos y trabajadores. Decisiones por consenso. • Comunicación horizontal
	Liberal o rienda suelta (laissez faire)		• Deja hacer a sus subordinados, otorgando independencia operativa. • Dependencia del líder de sus subordinados. El grupo toma las decisiones
		Centrado en el logro	• Motiva para lograr máximo rendimiento, dando autoridad y demostrando confianza en las capacidades del grupo. • Proporciona ayuda y recursos necesarios

Tabla 3: Teorías y estilos de Liderazgo de influencia en el ámbito de la asistencia sanitaria hospitalaria

Actualmente, el aumento de la diversidad de las situaciones que se dan en el proceso productivo de bienes y servicios, así como la complejidad de la dirección de grupos en los sistemas actuales que requieren grandes relaciones, han propiciado nuevas teorías de liderazgo en las que interaccionan los aspectos entre las conductas dirigidas a la tarea y a la persona, con aspectos ambientales y del entorno en relación con las actitudes y capacidades del líder.

Destacan autores como Burns (1978), Bass (1985) y Dunham y Klafehn (1990), que amplían el concepto clásico, definiendo dos tipos de liderazgo, el *liderazgo transaccional* y el *liderazgo trasformador o transformacional*.

- **Liderazgo transaccional**. Se enfoca a las actividades y logro de los objetivos productivos, que se fijan en función de lo que se espera de las personas que componen la organización. Se relaciona conceptualmente con el liderazgo centrado en la tarea/logro (Likert, 1961; Hersey y Blanchard, 1993), y en el directivo (Kron, 1983), en los que destacan las relaciones de dependencia jerarquizada y comunicación vertical.

  El líder transaccional establece una relación clara con los subordinados. Según Bautista, et al (2008), define la "letra pequeña" del contrato y de las relaciones laborales. Comienza definiendo lo que se espera de los subordinados en término de objetivos, facilitando la adecuación entre esfuerzo y rendimiento, y establece las recompensas y castigos según se alcancen o no los objetivos propuestos.

  Este liderazgo está condicionado más por la rentabilidad económica de la tarea que por las relaciones y las personas que se encargan del desempeño. Entre sus características destacan las siguientes:

  - Se apoya en premios y castigos por la consecución o no de los objetivos (en el personal sanitario se establece a tal efecto la incentivación económica con el complemento de productividad y escalas de meritos).

- Estilo directivo del líder, asumiendo toda la responsabilidad en el mando y control.
- Se fundamenta en el poder formal del cargo del líder (gestor).
- Maneja los recursos de manera centralizada y eficiente.

- **Liderazgo Transformacional**. Imprimen un especial desarrollo a este modelo, las aportaciones de Bass (1985), que se apoyan en las ideas de Burns (1978) sobre el liderazgo *carismático y transformacional*.

  Los líderes transformacionales motivan a sus seguidores para alcanzar los objetivos a partir de su potencial integral, ofreciendo una razón y sentido a la dirección del grupo. Estos líderes utilizan el "carisma personal", la "consideración individualizada" de cada miembro de la organización y la "estimulación intelectual" para producir un esfuerzo mayor, asentado en la efectividad y satisfacción de las personas que lidera (Mompart y Durán, 2009; Bass y Riggio, 2006). Este liderazgo pone especial interés en el propósito colectivo de la organización y el crecimiento y desarrollo de líderes y subordinados, destacando como características, el orgullo de pertenencia al grupo, la satisfacción laboral, el entusiasmo colectivo y el espíritu de equipo.

  El liderazgo transformacional se relaciona conceptualmente con el liderazgo centrado en las personas y relaciones (Likert, 1961; Hersey y Blanchard, 1993), y en el liderazgo creativo (Kron, 1983), en los que destacan las relaciones democráticas y comunicación horizontal o plana, con una organización descentralizada.

  Este tipo de liderazgo y su consiguiente estructura organizativa ha sido ya ampliamente experimentado y puesto en práctica en los hospitales norteamericanos, habiéndose observado ventajas importantes en los resultados de gestión como son:

  - Mayor satisfacción de los trabajadores al verse satisfechas sus necesidades de autonomía y responsabilidad.

- Mayor satisfacción de los usuarios con su atención, al ser más personalizada y al mejorar los resultados marcados para su cuidado.

- Disminución de costes de personal intermedio de control.

Estas ventajas y otras más se reflejan en el funcionamiento de los hospitales definidos y acreditados como "***hospitales magnéticos***"[5], centros especialmente atractivos para los profesionales de enfermería y que han demostrado un nivel de calidad y de compromiso con los objetivos de la institución muy superior al de las estructuras tradicionales.

[5] Las investigaciones realizadas por la American Academy of Nursing sobre los denominados **Hospitales Magnéticos** (Aiken y Mullin, 1995), presentan como características de estos centros, *el fomento de la autonomía profesional*, *la búsqueda de una mejora organizacional* (Aiken y Patrician, 2000), *la dedicación de recursos a la formación continuada de sus trabajadores* y un permanente *control-evaluación de actividades* (López, 2009).

Igualmente, algunos estudios realizados en hospitales españoles (García, 2004), destacan mejores resultados en los pacientes cuando existe una mayor satisfacción laboral y bienestar psicológico de los profesionales de enfermería, como consecuencia de las políticas de gestión de estos hospitales magnéticos, siendo un instrumento de motivación, desarrollo profesional y mejora de relaciones humanas en el entorno de trabajo (López, 2009).

Otros estudios actuales en EE.UU. han analizado en los hospitales magnéticos la asociación entre las positivas características organizacionales y los resultados a fin de destacar la excelencia de los cuidados enfermeros con las siguientes conclusiones: Índices de mortalidad inferiores en un 4,6% (Aiken, et al, 1994), menor mortalidad a los 30 días del ingreso y una mayor satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería (Aiken, et al 1999) y un entorno más seguro frente a accidentes laborales (Aiken, et al 1997).

Los criterios establecidos para la acreditación de un hospital como "magnético" son tres: ser un hospital con bajo índice de rotación hacia otras instituciones, tener una plantilla completa, y ser un hospital posicionado en un mercado laboral competitivo (Lake, 2002).

Las características destacadas en estos hospitales fueron: la satisfacción personal y profesional, el estatus, el rol de la enfermera en la calidad del cuidado del paciente, la relación entre el profesional de enfermería y el paciente, reclutamiento y mantenimiento de los profesionales de enfermería (plantilla adecuada a las necesidades), la relación interdisciplinar entre el personal médico y de enfermería, la descentralización de la toma de decisiones, el liderazgo clínico, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente, y la flexibilidad de los horarios de trabajo, entre otras (Lake, 2002).

Como "puntos fuertes" del magnetismo destacan: *el liderazgo de enfermería* (transformacional), *La estructura organizativa* (horizontal, dinámica), *estilo de gestión* (democrático-participativo), *política de personal* (desarrollo profesional, flexibilidad, salarios), *modelo de cuidados excelentes* (centrados en las necesidades del paciente), *programa de mejora continua de la calidad*, *consultoría y provisión de recursos adecuados*, *autonomía* en la acción del cuidado (ejercicio profesional autónomo dentro de un contexto de trabajo en equipo), *relaciones con hospitales y centros de salud* (para mejorar la continuidad de los cuidados), *desarrollo de la actividad docente*, *potenciación de la imagen profesional*, *trabajo en equipo* (colaboración y respeto mutuo médico-enfermera) y *Desarrollo profesional*.

1.5.5.3. Liderazgo de la enfermería hospitalaria y su relación con el síndrome de burnout

Distintos estudios evidencian la relación entre modelos de liderazgo y niveles de bienestar y burnout de los trabajadores. Seltzer y Numerof (1988) encontraron que la consideración del supervisor se relacionaba inversamente a los niveles de burnout de los subalternos.

Kanste y Nikkil (2007) y Gates (2009) trabajando con profesionales de enfermería, han relacionado estilos de liderazgo directivos, verticales y burocratizados, así como estilos liberales como el estilo "laissez faire" con situaciones de estrés laboral y síndrome de burnout, encontrando que comportamientos basados en el liderazgo transaccional y carismático son factores protectores.

El Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1996), tras analizar exhaustivamente los estilos de liderazgo en las distintas estructuras laborales y organizaciones, considera que el estilo de liderazgo democrático es el más adecuado para dirigir cualquier organización laboral, porque favorece la participación de los trabajadores, así como la colaboración y el compañerismo, y contribuye a la aparición de una verdadera conciencia de equipo. Pero, hay que tener presente que también el estilo de dirección o mando idóneo puede depender de la fase de crecimiento de la organización, de los objetivos propuestos en las tareas, de la complejidad de las mismas, de las funciones asignadas, de la personalidad de los subordinados, del momento que acontece, de la experiencia acumulada por el jefe, y del grado de conocimiento que tenga el subordinado de la tarea.

En todo caso, se deben evitar los extremos, es decir, que el directivo distribuya las tareas sin tener en cuenta la autonomía y toma de decisiones del trabajador, o que el directivo no actúe y deje hacer al equipo, inhibiéndose de sus responsabilidades.

"Cada estrés nos deja una cicatriz indeleble y el organismo paga por haber sobrevivido a una situación estresante haciéndose un poco más viejo".

Hans Selye

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Hipótesis

2.1.1. Hipótesis principal

Partiendo de un enfoque esencialmente clínico, asumimos un marco hipotético en el que consideramos las variables de tipo psicosocial en general, y las relacionadas con la gestión organizativa y funcional del trabajo, así como los distintos modelos de dirección y de liderazgo, como variables predictoras que tienen influencia sobre el estado general de salud y de estrés percibido, así como sobre la prevalencia de burnout y la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería hospitalarios.

Los modelos de gestión de recursos humanos clásicos, fundamentalmente verticales y dirigidos al desarrollo de la actividad/tarea más que al desarrollo profesional y de las capacidades autónomas de los profesionales, así como la carencia y problemas de liderazgo en los equipos de trabajo de las unidades de cuidados de la enfermería especializada (hospitalaria) inciden de forma significativa e importante en la aparición de altos niveles de estrés laboral y burnout colectivo (“centro/servicio enfermo”).

2.1.2. Hipótesis complementarias:

A. Existe relación entre los valores del MBI total y de sus dimensiones AE, D y RP, con las variables de: salud percibida, estrés percibido, mayor presencia de síntomas/problemas psicosomáticos y mayores tasas de absentismo con baja por enfermedad.

B. El mayor número de estresores laborales de enfermería que generan malestar y más altos niveles de estrés de los profesionales en el desarrollo de la práctica de la enfermería hospitalaria, pertenecen al

grupo de estresores relacionados con la gestión de los recursos humanos.

C. Existe una relación directa entre el síndrome de burnout, con alteración de los valores del MBI y de sus tres dimensiones y valores más desfavorables para la salud en las dimensiones psicosociales, e inversa con la dimensión de satisfacción laboral.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Identificar la prevalencia y el nivel de estrés laboral y burnout de los profesionales de enfermería de un grupo de instituciones sanitarias de atención especializada de titularidad pública y privada con diferentes modelos de gestión de los recursos humanos, analizando su relación con las variables sociodemográficas, laborales y los factores de riesgo psicosocial, así como, las diferentes consecuencias en la salud de los trabajadores.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Describir la prevalencia del síndrome de burnout en la muestra seleccionada y las posibles relaciones con las variables sociodemográficas y laborales (sexo, edad, estado civil, unidad de trabajo, categoría profesional, centro de trabajo, condición laboral/tipo de contrato, tiempo de antigüedad en el centro, unidad/servicio de trabajo, turno de trabajo, número de pacientes atendidos por cada profesional, esfuerzo físico para el desarrollo de la actividad, oferta y desarrollo de formación continua).

2. Analizar en qué medida las dimensiones o factores del síndrome de burnout están relacionadas con la salud y el estrés percibidos, así como con la aparición de síntomas/problemas psicosomáticos y tasa de absentismo por enfermedad.

3. Identificar cuáles son los estresores en la actividad hospitalaria que generan más estrés en los profesionales de enfermería de la muestra de nuestro estudio, y su relación con la organización del trabajo y modelos de gestión de los recursos humanos.

4. Determinar en qué medida los factores psicosociales y, en concreto, las dimensiones relacionadas con los distintos modelos de gestión de los recursos humanos, influyen en las dimensiones que integran el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal).

"Un trabajo sin estrés es un pasatiempo".

Luis Armando Arreaza

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del Estudio

Con el fin de contrastar las hipótesis definidas y de alcanzar los objetivos planteados en el capítulo anterior, hemos optado por la realización de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y multicéntrico.

3.2. Población

3.2.1. Descripción de la muestra del estudio

En nuestro estudio han participado 1208 profesionales de enfermería (figura 17), de sus dos categorías: diplomados/graduados (en adelante enfermeras) y auxiliares de enfermería/técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (en adelante TCAE), pertenecientes a distintos centros seleccionados de varias comunidades autónomas, de titularidad pública (P) y privada (PRV) en base a los diferentes modelos de gestión por los que se rigen.

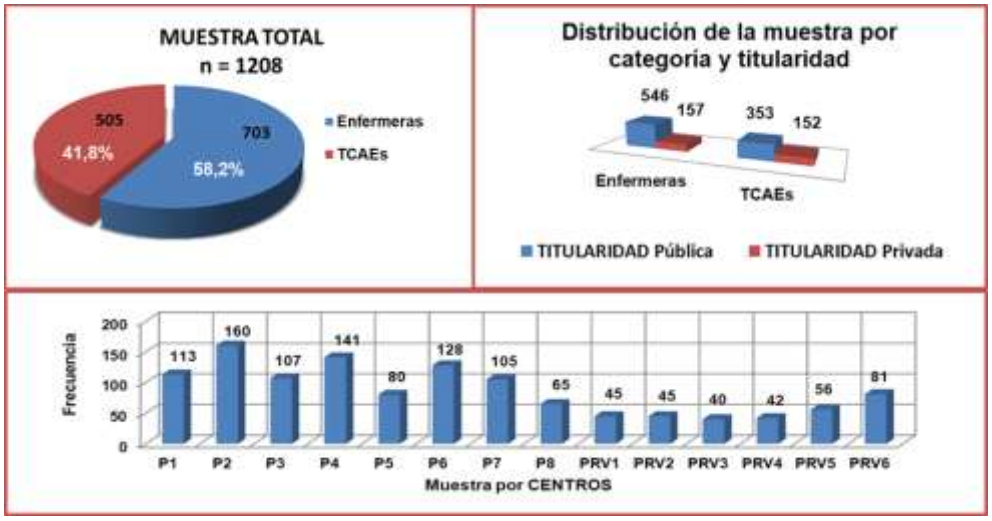


Figura 17: Descripción de la muestra: Muestra total y su distribución por titularidad, categoría y centro (P: públicos; PRV: privados)

3.2.2. Selección de los centros

Analizados los diferentes climas de organización del trabajo con sus diferentes modelos de gestión de recursos humanos se seleccionaron inicialmente como posibles centros colaboradores los siguientes:

- Comunidad de Aragón:
  - Privados: Hospitales Viamed Montecanal y Montpelier de Zaragoza.
- Comunidad de Cataluña:
  - Privados: Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza de Barcelona.
- Comunidad de Castilla y León:
  - Públicos: Complejos Hospitalarios de Burgos, León, Palencia y Soria; Hospital Universitario "Pío del Río Hortega de Valladolid".
  - Privados: Hospitales Psiquiátricos "San Luis" y San Juan de Dios de Palencia; Hospital médico-quirúrgico "San Juan de Dios de León; Hospital Benito Menni de Valladolid.
- Comunidad de Galicia:
  - Público: Complejo hospitalario de Orense.
- Comunidad de Madrid:
  - Públicos: Hospital Central de la Cruz Roja; Hospital del Tajo (Aranjuez); Hospital Fundación de Alcorcón (Alcorcón).
  - Privados: Hospital Universitario Moncloa de Madrid; Hospital NISA Pardo (Aravaca).
- Comunidad de Navarra:
  - Privado: Hospital Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona).

Después de seleccionar estos posibles centros para constituir la muestra, durante la primera quincena del mes de enero de 2011 se enviaron, tanto por correo postal como por correo electrónico, cartas de solicitud de consentimiento para la obtención de datos a la Dirección Gerente y Dirección de Enfermería de los Centros descritos (anexo 1).

Este proceso de oficialización del consentimiento para participar en el estudio y para la obtención de los datos en los distintos centros ha sido el más laborioso, debido al retraso en la respuesta por parte de alguno de los centros a la demanda realizada, lo que ha retrasado el inicio en la recogida de datos.

Más de la mitad de los centros seleccionados aceptaron participar en este estudio, pero algunos fueron retrasando la respuesta hasta concluir en su aceptación o renuncia, e incluso varios centros, tras varias solicitudes y renvío de la documentación, aun no han dado respuesta a la invitación y consentimiento solicitado (Hospital Universitario Pío del Río Hortega de Valladolid, Hospital Montpelier de Zaragoza).

De los hospitales seleccionados, no aceptaron participar varios de los centros descritos, principalmente de gestión privada (Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona), Hospital Viamed Montecanal de Zaragoza, Hospital Universitario Moncloa de Madrid, Hospital médico-quirúrgico San Juan de Dios de León, hospital psiquiátrico San Juan de Dios de Palencia, Hospitales del Mar y de la Esperanza de Barcelona).

Tras la recepción de la respuesta de no colaboración, se seleccionaron nuevos centros con modelos de gestión similares a los que comunicaron la decisión de no colaborar, integrando en la muestra los siguientes centros: Hospital Universitario Quirón de Madrid, Hospital Geriátrico de Palencia, Hospital Universitario de Móstoles (Madrid), Hospital Corachán de Barcelona, Hospital General de Cataluña (Grupo Capio), quedando constituida la muestra por un total de 14 centros entre públicos y privados (tabla 4).

Descritos los hospitales y para cumplir con el compromiso ético de la protección de los datos obtenidos, se identifica a los centros de nuestro estudio multicéntrico con un código numérico asignado por sorteo a cada uno de ellos, precedido de una “P” en los centros de titularidad pública, y con “PRV” los de titularidad privada.

Comunidad Autónoma	CENTRO	Titularidad
Castilla y León	Complejo Hospitalario de Burgos	Pública
	Complejo Hospitalario de León	Pública
	Complejo Hospitalario de Palencia	Pública
	Hospital Geriátrico de Palencia	Privada
	Hospitales "San Luis" de Palencia y "Benito Menni" de Valladolid	Privada
	Complejo Hospitalario de Soria	Pública
Cataluña	Hospital Corachán de Barcelona	Privada
	Hospital General de Cataluña (Grupo Capio)	Privada
Galicia	Complejo Hospitalario de Orense	Pública
Madrid	Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid	Pública
	Hospital Universitario Quirón de Madrid	Privada
	Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)	Pública
	Hospital Nisa Pardo de Aravaca (Madrid)	Privada
	Hospital del Tajo de Aranjuez (Madrid)	Pública

Tabla 4: Centros que participan en el estudio por Comunidad Autónoma y Titularidad

En la Tabla 5 se recogen algunas características de la muestra del estudio, entre ellas el número de profesionales de enfermería de cada uno de los centros participantes, la muestra representativa, el número de cuestionarios entregados y el número de cuestionarios válidos recogidos definiendo finalmente el porcentaje de participación.

Centro	Nº de profesionales Enfermería	Muestra representativa(*)	Cuestionarios entregados	Cuestionarios válidos recogidos	% Participación
P1	600	82	130	113	86,9%
P2	850	87	120+50	160	94,1%
P3	1592	93	150	107	71,3%
P4	1291	90	150	141	94,0%
P5	382	76	90	80	88,9%
P6	1470	91	150	128	85,3%
P7	1020	87	120	105	87,5%
P8	265	70	80	65	81,3%
PRV1	60	39	50	45	90,0%
PRV2(**)	65	41	60	45	75,0%
PRV3(**)	60	39	50	40	80,0%
PRV4	50	37	50	42	84,0%
PRV5(**)	102	49	70	56	80,0%
PRV6(**)	448	78	100	81	81,0%
TOTALES			**1450**	**1208**	

(*) Representatividad de la muestra en base a los siguientes criterios: proporción estimada 0,5; nivel de confianza 0,95; precisión 0,1 (Argimon y Jiménez, 2004)

(**) Muestra referida solo a profesionales de unidades/servicios de hospitalización

Tabla 5: Características de la muestra del estudio

3.2.3. Descripción de los modelos de gestión de los centros hospitalarios que participan en el estudio

En las tres primeras variables del cuestionario elaborado para la recogida de datos, como se verá a continuación en la explicación del instrumento de medida, hemos integrado los apartados de identificación, tanto del cuestionario (variable 1), como del centro de trabajo (variable 2) y de la titularidad del mismo (variable 3), en base al carácter público o privado del organismo o institución responsable de su financiación.

Estas variables son importantes para la gestión adecuada y ordenada de los datos obtenidos y, a su vez, nos aportan una información con respecto a los modelos de gestión financiera, apartado relevante dentro de la estructura hipotética y de los objetivos de nuestro estudio.

3.2.3.1. Distribución de los centros por titularidad o modelo de gestión financiera.

En nuestro estudio, como hemos comentado en el apartado anterior, han participado 14 centros (tabla 4), con diferente titularidad (pública o privada) o modelo de gestión financiera. El número de profesionales de enfermería por la titularidad de los centros ha sido de 899 en centros de titularidad pública (de gestión directa o indirecta), y 309 en centros de titularidad privada (figura 18).

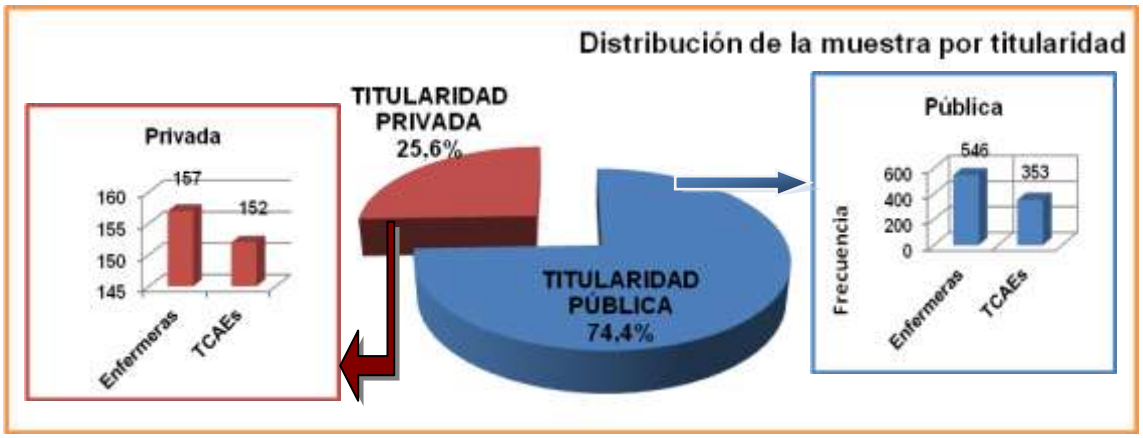


Figura 18: Distribución de la muestra por titularidad de los centros

3.2.3.2. Distribución de los centros por modelo de gestión de recursos humanos (RRHH) o modelo de gestión organizativa y funcional.

Complementando los modelos de gestión financiera que se relacionan con la "titularidad" de los centros participantes y como aspecto importante para el abordaje de los objetivos de nuestro estudio hemos descrito tres modelos de gestión de recursos humanos (RRHH) (MG1, MG2 y MG3), que confieren unas características específicas y diferenciadas en el funcionamiento general de los centros hospitalarios en los que hemos obtenido los datos (tabla 6).

MODELOS DE GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS			
Características	**MG1**	**MG2**	**MG3**
CENTROS DE LA MUESTRA	**P1, P2, P4, P6 y PRV1**	**P3, P5, PRV2, PRV3 y PRV6**	**P7, P8, PRV4, PRV 5**
MODELO OFICIAL DE GESTIÓN RRHH	Dirección estratégica por objetivos	Dirección participativa por objetivos	Dirección por competencias y por procesos/Gestión Clínica
MODELO REAL DE GESTIÓN RRHH	Dirección por objetivos dirigidos a tareas	Dirección por objetivos dirigida a pacientes	Dirección por competencias y por procesos/Gestión Clínica
ESTILO DE GESTIÓN/ LIDERAZGO	Directivo, autoritario, vertical y centralizado ò estilo "Laisez faire"	Directivo consultivo y de apoyo, vertical dando participación y autonomía	Democrático, participativo Horizontal y descentralizado
COMUNICACIÓN CON DIRECCIÓN	Mala y burocratizada	Muy buena vertical y horizontal	Buena y horizontal
ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN	A la tarea, sin considerar recursos	Al objetivo considerando recursos	Al logro institucional y profesional. Cumplimiento de objetivos pactados
TOMA DE DECISIONES	En nivel superior. Imposición de criterios	Nivel superior, tomando ideas de los trabajadores; cede parte del poder	En equipo democrático, por consenso.
PUNTOS FUERTES	Eficaz para el desarrollo de la tarea; delimita papel de cada trabajador	Más flexibilidad en la tarea y autonomía; Se aporta ayuda	Líder facilitador del trabajo, satisfacción, +autonomía y responsab.
PUNTOS DÉBILES	Rutinarización; poca implicación; no iniciativa	Duplicidad en el mando; ambigüedades de rol	Cambio de mentalidad de líder; por pérdida de poder

Tabla 6: Características de los modelos de gestión de recursos humanos (RRHH) de los centros participantes

La información para la adscripción de los centros de nuestro estudio a los diferentes modelos identificados como modelo de gestión organizativa y funcional 1 (MG1), modelo de gestión organizativa y funcional 2 (MG2) y modelo de gestión organizativa y funcional 3 (MG3) la hemos obtenido y validado por distintas vías entre las que destacamos:

- Descripción formal en página web oficial del Modelo de Salud de la Comunidad Autónoma de dependencia del centro (hospitales públicos) o del grupo empresarial (hospitales privados).
- Memoria oficial del Centro, en la descripción de la estructura organizativa y modelo de gestión de los recursos humanos.
- Entrevista directa personal o telefónica con las direcciones de enfermería de los centros participantes.
- Datos obtenidos en las preguntas abiertas de los cuestionarios de los profesionales de enfermería participantes en el estudio.

3.2.4. Criterios de inclusión/exclusión

Los participantes en el estudio en los distintos centros han sido seleccionados al azar de entre los profesionales de enfermería que en el momento de la entrega de los cuestionarios estuvieran trabajando en las unidades de referencia definidas y aceptaran de forma voluntaria su participación tras hacerles entrega de una carta informativa para los participantes en el estudio (anexo 2).

Hemos elaborado y distribuido entre las personas que han colaborado en la entrega y recepción de los cuestionarios, información protocolizada para la gestión adecuada del proceso. Esta información se concreta en un documento denominado “instrucciones para los colaboradores” (anexo 3) en el que se definen las recomendaciones para la entrega y recogida de los cuestionarios, y un segundo documento con la relación de las Unidades/Servicios de referencia (anexo 4) a fin de conseguir una muestra homogénea y de características similares entre los distintos centros. Esta información para los colaboradores incide fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- Selección de unidades/servicios: se han establecido como unidades de referencia aquellas que existan en la mayoría de los centros de hospitalización general de la muestra:
  - *Unidades médicas*
  - *Unidades Quirúrgicas*
  - *Unidades de atención Materno-infantil*
  - *Unidades especializadas: (Salud mental, Geriatría, UCI.).*

- Participación de las dos categorías de profesionales de enfermería (enfermeras y TCAE), intentando mantener en la muestra participante las proporciones de la composición del equipo de trabajo.

El criterio de exclusión se ha limitado exclusivamente a los profesionales con menos de un año de titulación o de práctica profesional en el centro.

3.3. Instrumento de medida

Este estudio se ha realizado utilizando como instrumento de medida un cuestionario de 172 preguntas (Anexo 5) distribuidas en 5 grupos o apartados en los que se integran instrumentos ya validados previamente, y que se utilizan según su estructura original, a excepción del Inventario de Estresores Laborales del Personal de Enfermería (4.3.4) en el que, tras la validación interna instrumental realizada según se explica en el punto 4.3.6., hemos actualizado varios de los estresores propuestos para adaptarlos a la situación de la práctica profesional actual.

El cuestionario de nuestro estudio se inicia con varias preguntas que identifican el *Centro de trabajo* así como su *titularidad*, integrándose como variable inicial el número de identificación del cuestionario. Tras estos datos iniciales, que constituyen las 3 primeras variables, se estructuran los 5 grupos de datos siguientes:

- *Cuestionario de datos sociodemográficos, laborales y de salud y estrés percibidos*. Grupo compuesto por 28 preguntas que dan lugar a 36 variables.

- *Cuestionario de Problemas Psicosomáticos* (CPP). Mide como se encuentra la persona ante 12 manifestaciones físico-conductuales derivadas de situaciones de estrés.

- *Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach*. Este es el cuestionario más utilizado para medir el Síndrome de Burnout. Como señalan distintos autores (Schaufeli y Enzmann, 1998; Shirom y Melamed, 2006; Grau, 2008), más del 90% de los estudios que se han llevado a cabo en este campo han empleado este cuestionario para la medida del burnout. Mide la valoración de cada persona ante 22 propuestas referidas a sentimientos y respuestas interactivas que provocan la actividad profesional.

- *Estresores Laborales para el Personal de Enfermería (ELPE).* Mide el nivel de tensión que provocan al profesional cada uno de los 67 estresores o situaciones potencialmente estresantes que se dan en la actividad habitual de los profesionales de enfermería hospitalarios.

- Cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales en la realización y organización del trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria). Este último grupo consta de 41 preguntas de las dimensiones: sentido del trabajo, claridad del rol, integración en la empresa, apoyo social de los compañeros, apoyo social de la supervisión, conciliación de la vida familiar, doble presencia, calidad de liderazgo, sentimientos de grupo, estima, y satisfacción laboral.

3.3.1. Cuestionario de datos sociodemográficos, laborales y de salud y estrés percibidos

Este primer cuestionario consta de 28 preguntas (36 variables) y se subdivide en dos apartados:

3.3.1.1. Datos sociodemográficos y laborales: compuesto por las 23 preguntas de respuesta alternativa a opciones cerradas que dan lugar a 29 variables. Cada pregunta constituye una variable a excepción de las preguntas 16 (2 variables), 17 (2 variables), 19 (3 variables) y 20 (3 variables). Esta parte aborda las siguientes preguntas:

1. *Sexo.*
2. *Edad.*
3. *Estado civil.*
4. *Número de hijos.*
5. *Categoría profesional.*
6. *Tiempo de ejercicio profesional.*
7. *Tiempo de antigüedad en el hospital.*
8. *Condición laboral.*

9. *Unidad o servicio actual de trabajo.*
10. *Tiempo en el servicio actual.*
11. *Asignación a la unidad/servicio.*
12. *¿Desea cambiar de servicio/unidad de trabajo?*
13. *Número de cambios de servicio/unidad de trabajo desde su inicio en el centro.*
14. *Nivel de responsabilidad/puesto*
15. *Turno de trabajo.*
16. *¿Desea cambiar de turno de trabajo?* la respuesta afirmativa a esta cuestión da lugar a una segunda variable en esta pregunta: *Turno que desea.*
17. *Número total de profesionales del equipo de enfermería en su unidad de trabajo actual*. Esta pregunta da lugar a dos variables en base a las dos categorías que componen el equipo de enfermería: *nº de enfermeras* y *nº de auxiliares de enfermería*.
18. *Número de camas/pacientes en la unidad de trabajo actual*.
19. *Número habitual de profesionales de su categoría por turnos para el desarrollo de la actividad cuidadora (exceptuando a la supervisión)*. Esta pregunta origina tres variables en base a los profesionales que trabajan en los distintos turnos que componen la jornada de trabajo: *mañana*, *tarde* y *noche*.
20. *Número de pacientes que atiendes habitualmente*. Esta pregunta origina tres variables en base al número de pacientes que de media se atienden en cada turno: turnos de *mañana*, *tarde* y *noche*.
21. *¿Qué esfuerzo físico requiere el desarrollo de su actividad diaria*?
22. *¿Se le ofrece desde el Centro/Unidad la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización de conocimientos, destrezas y competencias de su práctica profesional*?
23. *¿Ha realizado alguna actividad de formación continuada/ actualización durante el último año*?

3.3.1.2. Datos de salud y estrés percibidos**:** compuesto por 5 cuestiones de respuesta alternativa a preguntas cerradas que dan lugar a 7 variables. Las preguntas de este apartado son:

24. *Cómo define su estado de salud*.
25. *Número de bajas laborales durante el último año (excluyendo las bajas por embarazo/maternidad)*. Esta pregunta da lugar a tres variables: la primera *el nº de bajas*, la segunda el *número de días de baja* y la tercera la *causa de cada baja*.
26. *La situación de crisis económica actual por la que atravesamos ¿le ha hecho valorar más su trabajo, aumentando su motivación hacia el mismo*?
27. *¿El desarrollo de su trabajo diario le origina estrés*?
28. *¿Qué influencia considera que tiene el estrés laboral en su estado de salud*?

3.3.2. Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (CPP)

Este cuestionario, que se utiliza para medir el nivel de estrés, y que evalúa los problemas psicosomáticos, fue desarrollado por Hock (1988) y, en nuestro país ha sido adaptado por García, et al, (1993). El cuestionario, continuando con la numeración de las preguntas anteriores en nuestro instrumento de recogida de datos se numera como la pregunta 29 del cuestionario general (anexo 5) y se compone de un listado de 12 preguntas sobre la incidencia de ciertos problemas y la frecuencia de los mismos para lo que se proponen 6 alternativas de respuesta que van desde “nunca” (valor 1) a “con mucha frecuencia” (valor 6) según responda el encuestado sobre los síntomas o molestias padecidas durante el último año. La puntuación va de 12 a 72 puntos según la percepción individual sobre los síntomas referidos en el cuestionario, y puntuaciones altas indican mayor respuesta psicosomática que se corresponde con un mayor nivel de estrés.

Las 12 preguntas del cuestionario inciden en los siguientes problemas psicosociales:

1. Dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche (o tras el turno nocturno).
2. Jaquecas y dolores de cabeza.
3. Indigestiones o molestias gastrointestinales.
4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento.
5. Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual
6. Disminución del interés sexual.
7. Respiración entrecortada o sensación de ahogo
8. Disminución del apetito.
9. Temblores musculares (ej. tics nerviosos, etc.).
10. Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo
11. Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.
12. Tendencia a sudar o palpitaciones.

3.3.3. Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach

Cuestionario desarrollado por Maslach y Jackson (1981, 1986), para medir las tres dimensiones del síndrome de burnout o desgaste profesional: el “agotamiento emocional” (AE), la “despersonalización” (D) y la “realización personal” (RP).

La versión original del MBI, está específicamente diseñada para los profesionales de la salud y tras haberse realizado versiones adaptadas para otros ámbitos profesionales se la identifica actualmente con el nombre de MBI-HSS (MBI-Human Services Survey).

Este es un instrumento que ha sido ampliamente utilizado en numerosos estudios e investigaciones, en los que ha sido validado a nivel internacional. Se han realizado varias adaptaciones al español, que han reproducido su estructura tridimensional o trifactorial (Moreno, et al, 1991; Seisdedos, 1997; Gil-Monte y Peiró (1999), y se han realizado igualmente varios estudios en nuestro país que han comprobado la validez y la consistencia interna de este cuestionario de medida (Seisdedos 1997; Gil-Monte 2002; Manso 2006;

García, et al 2007; Grau 2008). En todos los casos se concluyó que la adaptación al castellano del MBI reúne los requisitos necesarios de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la evaluación del síndrome de burnout en nuestro contexto sociocultural.

Este instrumento está formado por 22 preguntas sobre los sentimientos e interacción del profesional con su actividad, que se valoran con una escala de tipo Likert en la que el profesional valora, mediante un rango de 7 opciones que van desde “nunca” (valor 0) a “siempre = todos los días” (valor 6), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas.

La organización del instrumento para la evaluación de las 22 preguntas diferencia, como hemos comentado, tres factores: *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *realización personal en el trabajo*. Estos factores constituyen las tres dimensiones o subescalas del MBI.

- La subescala de *Agotamiento Emocional* (AE), está formada por 9 preguntas que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por las demandas del trabajo. Corresponden a esta subescala las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del cuestionario. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación de agotamiento emocional mayor es el nivel de burnout experimentado por la persona.

- La subescala de *Despersonalización* (D) está formada por 5 preguntas que describen una respuesta de relación fría, impersonal e insensible hacia las personas atendidas. Conforman esta subescala las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación de despersonalización mayor es el nivel de burnout experimentado por la persona.

- La subescala de *Realización Personal en el trabajo* (RP) está compuesta por 8 preguntas que describen sentimientos de competencia y eficacia y

realización en el trabajo. Las preguntas del inventario que corresponden a esta subescala son la 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es la realización personal y menor el nivel de burnout de la persona (la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout). Así pues, a menor puntuación de realización personal más nivel de burnout experimenta el sujeto. La valoración con bajas puntuaciones en esta subescala indica sentimientos de no estar a la altura de los requerimientos de la práctica profesional y baja autoestima.

Nosotros hemos valorado por separado las puntuaciones de cada subescala (valoración dimensional), y si bien en alguno de los trabajos revisados (Solano, et al, 2002; Cáceres, 2006; López MJ, 2009; Bacaicoa, et al, 2012), se aporta también la puntuación total para identificar los niveles de burnout (valoración global), no está claro que las tres dimensiones tengan el mismo peso a la hora de delimitar el nivel de burnout.

Aunque no existen puntaciones de corte establecidas a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones elevadas en agotamiento emocional (AE) y despersonalización (D) y baja en realización personal (RP) definen el síndrome.

Para la medición del burnout hemos utilizado como puntuaciones de corte las ya utilizadas por otros autores en trabajos similares (Molina, et al, 2005; Párraga, 2005; Moreno, et al, 2002; Caballero, et al, 2001; Gil-Monte y Peiró, 2000) que se establece según los siguientes criterios (tabla 7):

Subescalas	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional (AE)	≤15	16-24	≥25
Despersonalización (D)	≤3	4-9	≥10
Realización Personal (RP)	≥40	34-39	<34

Tabla 7: Puntuaciones de corte de las tres dimensiones del MBI (Sector Sanitario) para medición de burnout

- En la subescala de *Agotamiento Emocional* (AE) puntuaciones de 25 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 16 y 24 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones de 15 o inferiores indicativas de nivel de burnout bajo o muy bajo.

- En la subescala de *Despersonalización* (D) puntuaciones iguales y superiores a 10 corresponderían a nivel alto, de 4 a 9 nivel medio y puntuaciones de 3 o inferiores se corresponden con bajo grado de despersonalización.

- En la subescala de *Realización Personal* (RP) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así puntuaciones inferiores a 34 puntos indicaría baja realización personal (alto burnout), de 34 a 39 nivel medio, e iguales o superiores a 40, alta sensación de logro y competencia en la realización del trabajo (bajo burnout).

3.3.4. Estresores Laborales para el Personal de Enfermería (ELPE)

Cuestionario desarrollado por Reig y Caruana, (1987, 1989b), como instrumento de definición y medición de los estresores de la enfermería, siendo especialmente útil para el ejercicio profesional en la atención especializada (hospitalaria).

El cuestionario consta de 67 preguntas, planteadas con 4 alternativas de respuesta de tipo Likert que van desde "ninguna tensión " (valor 0) a "mucha tensión" (Valor 4), referidas a situaciones potencialmente estresantes que se dan habitualmente en el marco laboral de los profesionales de enfermería, valorándose en qué medida cada situación de las referidas representa una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en su trabajo actual.

Al final de la escala se dejan varios espacios abiertos para que los profesionales de enfermería puedan incluir otras situaciones (fuentes de estrés) no recogidos en el cuestionario.

Las situaciones o fuentes de estrés del cuestionario se integran en siete principales áreas o factores de estrés:

1. Contacto con el dolor y la muerte.
2. Conflictos con pacientes y familiares.
3. Conflictos con los superiores.
4. Situaciones urgentes y graves.
5. Aspectos carenciales (fuentes de insatisfacción).
6. Estrés emocional.
7. Sobrecarga de trabajo.

El indicador del estrés laboral va a ser el resultado del sumatorio de las puntuaciones dadas a los distintos estresores del cuestionario, que en nuestro estudio, abarca un rango de puntuaciones que puede ir desde 0 (ausencia de estrés laboral), a 268 (máximo nivel de tensión y estrés laboral).

Además de valorarse los niveles de tensión o estrés a partir de las puntuaciones totales obtenidas, este cuestionario es un instrumento eficaz para determinar de forma objetiva en muestras amplias de profesionales, el peso y la gravedad de los distintos estresores, pudiéndose discriminar el nivel de importancia de éstos en los niveles de estrés profesional colectivo.

Ribera, et al, (1993), consideran que las características psicométricas de este cuestionario de estresores profesionales dan como resultado una buena consistencia interna y alta fiabilidad en el total de la escala de 67 estresores, afirmación que hemos podido confirmar en nuestro análisis de consistencia y fiabilidad del cuestionario, como se recoge en el apartado 4.4 del capítulo de “resultados” (página 245).

3.3.5. Cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales en la realización y organización del trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria).

Este último grupo de datos de nuestro estudio se compone de un listado total de 41 preguntas, 34 preguntas referidas a dimensiones psicosociales (PSICOS) y 7 preguntas de la dimensión de satisfacción laboral (SATIS), listado extraído del cuestionario ISTAS21, versión larga, que con una estructura de tipo Likert propone en cada pregunta 5 alternativas de respuesta que van desde “nunca” (valor 0) a “siempre” (valor 4).

El cuestionario ISTAS21 es una herramienta de evaluación de riesgos laborales de naturaleza psicosocial. Este cuestionario es la adaptación para el Estado Español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ), y se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país para la valoración de los riesgos psicosociales, dentro de los cuales se incluye el clima organizacional y la gestión de los recursos humanos y el liderazgo.

Otero y Dalmau (2007), indican que los motivos para la amplia utilización actual de este instrumento es que presenta unos niveles de fiabilidad y validez adecuadas, y con cualidades básicas de un método de evaluación que garantiza su utilidad en cualquier actividad profesional, habiendo sido validado en la población española. El cuestionario identifica aquellas características de la organización del trabajo para las que hay evidencia científica suficiente de que pueden perjudicar la salud.

Alvarado, et al (2012), y Moncada, et al (2005), coinciden en afirmar que el cuestionario ISTAS21 es un instrumento diseñado para cualquier tipo de trabajo en el mundo laboral occidental. El cuestionario incluye 21 dimensiones psicosociales, que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de exposiciones psicosociales que puedan existir en el mundo del empleo actual. La relevancia para la salud de todas y cada una de estas dimensiones entre las diferentes ocupaciones y sectores de actividad puede ser distinta, pero en todos los casos se usan las mismas definiciones e

instrumento de medida, lo que posibilita las comparaciones entre ocupaciones y sectores.

Tras realizar por escrito la consulta y solicitar la autorización pertinente a los autores del cuestionario a través del organismo gestor del mismo, el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), en nuestro estudio se han utilizado únicamente las 11 dimensiones relacionadas con la gestión, que incluyen 10 dimensiones psicosociales y la dimensión de satisfacción laboral, atendiendo a los objetivos e hipótesis de la investigación, posibilidad que oferta esta herramienta elaborada básicamente para ser utilizada en investigación. En concreto, las dimensiones que hemos incluido en el cuestionario y que, en su conjunto, complementan el resto de herramientas utilizadas son: sentido del trabajo, claridad del rol, integración en la empresa, apoyo social de compañeros, apoyo social de la supervisión, conciliación de la vida familiar y laboral, doble presencia, calidad de liderazgo, sentimientos de grupo, estima y satisfacción laboral (tabla 8).

Dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral	Preguntas del cuestionario
Sentido del trabajo	**3** (PSICOS: 1, 2, 3)
Claridad del rol	**4** (PSICOS: 4, 5, 6, 7)
Integración en la empresa	**5** (PSICOS: 8, 9, 10, 11, 12)
Apoyo social de compañeros	**3** (PSICOS: 13, 14, 15)
Apoyo social de la supervisión	**3** (PSICOS: 16, 17, 18)
Conciliación de la vida familiar y laboral	**1** (PSICOS: 19)
Doble presencia	**2** (PSICOS: 20, 21)
Calidad de liderazgo	**6** (PSICOS: 22, 23, 24, 25, 26, 27)
Sentimiento de grupo	**3** (PSICOS: 28, 29, 30)
Estima	**4** (PSICOS: 31, 32, 33, 34)
Satisfacción laboral	**7** (SATIS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

Tabla 8. Relación de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral incluidas en nuestro cuestionario y preguntas que incluye cada dimensión seleccionada

- *Sentido del trabajo*: Dimensión compuesta por las tres primeras preguntas y que relaciona el trabajo con valores o fines personales además del mero desarrollo de la actividad. Las personas afrontamos las

dificultades que surgen en la actividad diaria de forma más positiva si el trabajo tiene algún sentido transcendente. El significado de la actividad profesional puede verse como un factor protector, o una forma de estar integrado en los valores de la profesión, aunque no necesariamente con la Institución en la que se desarrolla la actividad.

- *Claridad de rol*. Dimensión que, a través de 4 preguntas (4, 5, 6 y 7), identifica la definición del puesto de trabajo. La deficiencia de esta dimensión está claramente relacionada con una indefinición del puesto o de las tareas a realizar en el mismo.

- *Integración en la empresa*. En esta dimensión, mediante las 5 preguntas que la componen (8, 9, 10, 11 y 12), se representa la valoración de la implicación de la persona trabajadora en la institución, y no en el contenido específico del trabajo.

- *Apoyo social de compañeros*. Mediante 3 preguntas (13, 14, 15), se valora el apoyo social y las relaciones con los compañeros en el trabajo. El apoyo social valora la ayuda recibida en momentos de necesidad por parte de compañeros de trabajo.

- *Apoyo social de la supervisión*. Al igual que la dimensión anterior a través de tres preguntas (16, 17, 18), valora el apoyo social e interrelación con los mandos directos (ayuda recibida de la supervisión en momentos de demanda o necesidad).

- *Conciliación de la vida familiar y laboral*: Esta dimensión vinculada íntimamente a la doble presencia nos ha parecido útil, tras el pilotaje del cuestionario, dejarla en una sola pregunta, para que no se sugiriera un sesgo sexista en este importante aspecto psicosocial y fuente de estrés en la actual organización social del trabajo.

- *Doble presencia*: Esta dimensión abordada con dos preguntas (20 y 21) es importante analizarla en ocupaciones y disciplinas específicas de género o en las que la proporción de trabajadoras del género femenino

es dominante y en un elevado porcentaje, como es el caso de la Enfermería. En este caso, a las actividades del puesto de trabajo, como afirman Moncada, et al, (2002) hay que añadir la mayor parte de las tareas domésticas y de atención a la familia, con lo que realizan un mayor esfuerzo en comparación con los hombres. Esta doble jornada de muchas mujeres trabajadoras se define como "doble presencia" pues las exigencias de los trabajos productivo y familiar/doméstico son asumidas cotidianamente por la mujer, aspecto que se valora con esta dimensión, independientemente de la dificultad que entraña, como afirma Soler (2008), la medición de dedicación y carga a esta exigencia de género con la que social y culturalmente se identifica más a la mujer.

- *Calidad de liderazgo*. Esta dimensión, a través de 6 preguntas (22, 23, 24, 25, 26, y 27), valora el papel de la dirección/supervisión y la importancia de un correcto liderazgo para asegurar el crecimiento personal, la motivación y el bienestar del profesional.

- *Sentimiento de grupo*. Dimensión integrada por tres preguntas (28, 29 y 30) en la que se valora la calidad de las relaciones, que representa el componente emocional del apoyo social y que tiene gran importancia en profesiones de ayuda como la enfermería, en las que son fundamentales aspectos como el estado de ánimo y el clima laboral de trabajo en equipo.

- *Estima*: Dimensión que mediante 4 preguntas (31, 32, 33 y 34), valora el reconocimiento del trabajo realizado por parte de los superiores. Se entiende como una compensación psicológica por el trabajo realizado, constituyendo, junto con las perspectivas de promoción, la seguridad en el trabajo, las condiciones laborales y un salario ajustado a las exigencias del trabajo, la base de las compensaciones del modelo "esfuerzo-compensaciones" de Siegrist (1996b).

- *Satisfacción laboral*: Esta dimensión, mediante 7 preguntas (SATIS 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7) evalúa la satisfacción laboral y complementa los datos del

resto de cuestiones planteadas permitiendo relacionar el nivel de satisfacción laboral con los problemas psicosociales y burnout.

La evaluación de las distintas dimensiones se establece en base a la puntuación conseguida en la suma total de las preguntas vinculadas a cada dimensión. Esta puntuación de las dimensiones utilizadas en nuestro cuestionario se establece en terciles, aplicando a nuestra muestra los valores de referencia establecidos para la población laboral española (Moncada, et al 2008)), con niveles que pueden ir desde el aspecto más positivo en la dimensión, cuyo rango se identifica en color verde, a niveles intermedios con rango en color amarillo y niveles bajos que implican afectación de la dimensión, rango definido en color rojo (tabla 9).

Dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral	Puntuación		Terciles para baremo		
	mínima	máxima	Alto riesgo	medio	Bajo riesgo
Sentido del trabajo	0	12	0-7	8-9	10-12
Claridad del rol	0	16	0-11	12-14	15-16
Integración en la empresa	0	20	0-9	10-13	14-20
Apoyo social de compañeros	0	12	0-7	8-9	10-12
Apoyo social de la supervisión	0	12	0-7	8-9	10-12
Doble presencia	0	8	4-8	2-3	0-1
Calidad de liderazgo	0	24	0-12	13-17	18-24
Sentimiento de grupo	0	12	0-7	8-10	11-12
Estima	0	16	0-9	10-12	13-16
Satisfacción laboral	0	28	0-9	10-19	21-28

Tabla 9. Puntuaciones para la medición de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral

3.3.6. Validación instrumental

Una vez elaborado el instrumento de medida de nuestro estudio (cuestionario de recogida de datos) e, independientemente de haber integrado instrumentos validados y ampliamente revisados, hemos realizado una validación del cuestionario para nuestro estudio que se ha basado fundamentalmente en dos procedimientos: *la revisión del cuestionario*

resultante por un grupo de expertos y la realización de una *prueba piloto* con una muestra representativa de profesionales de enfermería.

3.3.6.1. Revisión del cuestionario por grupo de expertos

Solicitamos a expertos relacionados con el tema tanto de la práctica docente como asistencial (Docentes Universitarios de las Universidades de Valladolid y León y Expertos en Salud Laboral de Palencia, Soria y Zaragoza) la revisión y evaluación del cuestionario elaborado para informar sobre su adecuación a los objetivos e hipótesis del estudio.

Tras este análisis y revisión se sugieren algunas modificaciones al Cuestionario "Estresores Laborales para el Personal de Enfermería (ELPE)" (apartado 3.3.4), que consideramos actualizan el instrumento adaptándolo a la realidad de la práctica profesional hospitalaria actual. Estas modificaciones son las siguientes:

- Modificar la pregunta 17 de: "tener que consolar a los familiares cuando muere el paciente" se amplía a "apoyar y consolar a la familia cuando muere el paciente o ante una enfermedad terminal", expresión que se vincula a aspectos de duelo anticipado, que es tan complejo en el cuidado como el propio proceso de muerte y que igualmente supone tensión al profesional de enfermería.

- Suprimir la pregunta 27: "tratar con gente pasiva", al considerar el grupo de expertos que es repetitiva y que se encuentra incluida en las preguntas 15 ("los pacientes que no cooperan") y 34 ("los pacientes desobedientes"). En su lugar se sugiere incluir la actual pregunta 27 "El manejo del ordenador y programas informáticos" que, en opinión de los expertos, es considerado por los profesionales de enfermería actualmente como un importante factor de tensión (López MJ, 2009), no considerado por los autores del inventario original al no existir en la práctica generalizada el uso instrumental de las Tecnologías de la Información y Comunicación

(TICs), expresado en dicho estresor en la época de su elaboración y validación.

- Ampliar la pregunta 33 al originar interpretaciones divergentes y confusas. El texto original: “no tener a quien recurrir cuando tengo un problema” se amplía con la clarificación añadida: “no localizar al médico o compañero del equipo”.

- Unificar las preguntas 43: “los posibles errores por parte del médico que afecten a mis pacientes” y 44 “los errores de otros compañeros de enfermería que afecten a mis pacientes” en una sola (pregunta 43 del actual cuestionario) con el enunciado: “los errores de otros compañeros del equipo que afecten a mis pacientes”. Esta simplificación y conjunción de las dos preguntas en una se adecua mucho más a los objetivos de trabajo de la atención hospitalaria que potencia la acción conjunta y cooperativa multidisciplinar para la consecución de los objetivos de la unidad de trabajo, más que las acciones aisladas de las distintas categorías profesionales.

- Se elimina el estresor definido en el puesto 61 del inventario original: “Los pacientes con enfermedades dolorosas”, al considerar que está incluido en los estresores 58 ("tener que aplicar tratamientos que resultan dolorosos a los pacientes") y 66 ("Ver sufrir a los pacientes") y se incluye como estresor nuevo en el puesto 60 “exceso de papeleo y tareas burocráticas”, estresor que se considera como importante causa actual de tensión entre los profesionales (Calle y Frutos 2008; Grazziano y Ferraz 2010; Cruz y Vargas 2012).

- En cuanto a las opciones de respuesta, el cuestionario original incluía 5 opciones en cada pregunta: ninguna tensión (valor 1), leve tensión (valor 2), moderada tensión (valor 3), bastante tensión (valor 4) y mucha tensión (valor 5). El grupo de expertos ha considerado que existe dificultad para establecer diferencias claras e inequívocas entre los términos “moderada” (valor 3) y “bastante” (valor 4), opinión

en la que, tras analizarse en la prueba piloto, coinciden los participantes en la misma, por lo que se considera más apropiado el incluir solamente 4 opciones que puedan evitar la confusión de similitud terminológica, y a la vez se evita un mal típico de los cuestionarios "tipo Likert" de 5 opciones, en los que si hay duda terminológica es habitual contestar la opción del centro ante opciones impares. Así los expertos consideraron que existe una mayor reflexión e implicación en la respuesta a seleccionar por los profesionales.

- En cuanto a las puntuaciones asignadas a las opciones de respuesta, se interpreta que con la muestra que se trabaja (n = 1208), el hecho de asignar 1 punto a la opción "ninguna tensión" puede generar un sesgo en los resultados finales, considerándose más lógico asignar a esta opción el valor 0 por lo que se decide asignar las puntuaciones siguientes: "ninguna tensión" (valor 0), "leve tensión" (valor 1), "moderada tensión" (valor 2) y "mucha tensión" (valor 3).

Hechas las aportaciones y correcciones mencionadas, se configura el formato que será probado con una muestra parcial para su validación mediante la realización de la prueba piloto descrita a continuación.

3.3.6.2. Prueba Piloto

Siguiendo las recomendaciones de Delgado, et al (2005), realizamos el pilotaje del cuestionario final para su validación con una muestra representativa. Con este pilotaje del instrumento elaborado (cuestionario) pretendemos comprobar:

- La adecuación de las preguntas
- El nivel o grado de comprensión, por parte de los profesionales de enfermería participantes, del contenido de cada una de las preguntas.

- Las cuestiones/preguntas que ofrecen mayores problemas
- La existencia de rechazo a alguna de las preguntas o la falta de preguntas relevantes que se consideran necesarias incluir.
- El tiempo necesario para la correcta cumplimentación del cuestionario.
- La valoración global del cuestionario por parte de los participantes.

El criterio de inclusión para la participación en esa prueba se estableció por la presencia voluntaria de los profesionales, previamente informados a través de convocatoria escrita en los tablones de información, en las distintas unidades de trabajo seleccionadas para este pilotaje. A todos los profesionales se les explicó la finalidad de la prueba y la posibilidad de añadir en el cuestionario cualquier anotación que les pareciera oportuna, además de su cumplimentación, con el fin de mejorar el instrumento.

La Prueba piloto se inicia los días 3 y 4 de febrero de 2011 con la entrega del cuestionario a una muestra de 54 profesionales de Enfermería del Complejo Hospitalario de Palencia, de las unidades-servicios de salud mental, cuidados paliativos y medicina interna, previa explicación de los objetivos y procedimiento, emplazándoles para los días 10 y 11 de febrero a fin de valorar aspectos como: claridad de contenidos, dificultad de cumplimentación, comprensión, presentación, etc.

En la segunda reunión, nos sorprendió gratamente la participación masiva, faltando solamente 2 profesionales de los 54 que participaron en el anterior encuentro, que previamente informaron de la imposibilidad de asistir e hicieron entrega del cuestionario cumplimentado con su apreciación sobre el mismo.

Tras hacerse entrega de los cuestionarios cumplimentados y valorarse y ratificarse con los participantes en la prueba piloto las modificaciones realizadas por el grupo de expertos a los instrumentos

utilizados, se concreta el cuestionario final que, a nuestro entender, reúne los requisitos de validación.

Los resultados fueron satisfactorios no constatándose problemas con la comprensión, ni dobles interpretaciones con los enunciados de las preguntas del cuestionario, ni rechazo a ninguna de las cuestiones planteadas.

Se consideró como óptima una dedicación de tiempo de entre veinticinco y treinta minutos para su correcta cumplimentación.

Con el documento resultante se hace una impresión reprográfica de 1500 cuestionarios, para pasarlos en los centros seleccionados, teniendo en cuenta la representatividad muestral en base al número de profesionales de cada centro participante en el estudio (tabla 5).

3.4. Entrega del material y Recogida de datos

Una vez definimos los hospitales que reunían las características para formar parte del estudio, durante la primera quincena del mes de enero de 2011 se enviaron, tanto por correo postal como por correo electrónico, cartas de solicitud de consentimiento para la recogida de datos a la Dirección Gerente y Dirección de Enfermería de dichos hospitales (Anexo 1).

Según se iban recibiendo las confirmaciones de participación en el estudio y la autorización para la recogida de datos y, tras valorar la disponibilidad de tiempo para no incidir en nuestra actividad docente, desarrollamos un programa de elaboración y entrega del instrumento (cuestionario) según se detalla a continuación:

- Los días 3, 4, 10 y 11 de febrero de 2011 se realiza el pilotaje previo del cuestionario a una muestra de 54 profesionales de Enfermería del Complejo Hospitalario de Palencia.

- Tras la validación del cuestionario se encargaron 1500 ejemplares individualizados en sobres sin identificación, preparándose el número necesario de ejemplares para cada centro, según se ha explicado en el apartado anterior y en base a los datos que aparecen en la tabla 5. Cada cuestionario (Anexo 5) con la carta para los participantes (Anexo 2) en la que se incluían las instrucciones para su cumplimentación, es entregado en un sobre sin identificación y con cierre adhesivo para, tras su cumplimentación, entregarlo o depositarlo en los espacios habilitados, a fin de facilitar la confidencialidad y anonimato del proceso.

- Durante los meses de marzo a junio de 2011 realizamos la presentación y entrega de los cuestionarios en la mayor parte de los hospitales que han participado en el estudio. Siguiendo las recomendaciones de Pérez (2007), con el fin de propiciar el correcto desarrollo del proceso se ha contado en todo momento con las direcciones de enfermería y las personas responsables de formación continuada de los hospitales, así como con las personas supervisoras de unidad/servicio que, en muchos de los casos han sido eficaces colaboradoras en el proceso de entrega y recogida de los cuestionarios.

  Solamente las personas responsables de algunas unidades, han incidido negativamente en los profesionales para la cumplimentación de los cuestionarios, al conocer que parte del estudio abordaba el análisis del liderazgo y las destrezas en la gestión de los recursos humanos, e incluso se nos ha informado de varias unidades en las que las supervisiones han boicoteado la recogida de datos entre sus profesionales, no facilitando la entrega ni el proceso de cumplimentación o haciendo "desaparecer" cuestionarios ya cumplimentados. Uno de los cuestionarios de la muestra (cuestionario nº 195) transcribe literalmente en el apartado de observaciones: "*Mientras respondo este cuestionario cuatro veces me ha interrumpido la supervisora invitándome a realizar otras cosas más importantes, y no esta tontería de encuesta*".

- Esta actividad de entrega del material y recogida de los cuestionarios cumplimentados se ve interrumpida por el periodo vacacional habitual en los centros hospitalarios de junio a septiembre), meses en los que se produce una alta rotación y la ausencia del personal estable. Concluido este periodo continuamos esta actividad el mes de octubre de 2011 con los escasos centros pendientes y nuevos centros integrados a la muestra tras oficializarse documentalmente la renuncia a participar de varios de los hospitales inicialmente seleccionados. Este proceso se alarga hasta el mes de febrero de 2012, por las dificultades de compatibilizar esta actividad, con la vida laboral (docencia universitaria), bastante densa durante el primer cuatrimestre del curso 2011-12.

- Tras contactar con los distintos centros en los que quedaban cuestionarios pendientes de entrega decidimos de forma consensuada recoger dichos cuestionarios y cerrar el proceso de recogida de datos el último día del mes de febrero de 2012.

3.5. Consideraciones Éticas.

Siguiendo los requisitos reseñados por Argimon y Jiménez (2004), durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta tanto por parte del investigador como por todos los participantes, entre las que cabe destacar:

- Se ha solicitado la autorización, a los responsables y comités de ética de los distintos centros participantes (documento anexo 1).

- A los centros participantes una vez descritos se les ha asignado por sorteo un código numérico añadido a la referencia de su titularidad (P = pública; PRV = privada), para no relacionar nominalmente los datos preservando la identidad y la confidencialidad de los mismos.

- Se ha informado convenientemente sobre el estudio a todos los participantes con una carta individualizada en la que, además de las

indicaciones para la correcta cumplimentación del cuestionario, se definía su participación como voluntaria y anónima con el máximo respeto a la confidencialidad en el proceso de recogida y tratamiento de los datos (documento anexo 2).

3.6. Análisis Estadístico.

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete informático estadístico IBM SPSS Statistics, versión 19.0 (licencia de la Universidad de León).

Inicialmente se ha realizado un depurado y corrección de posibles datos erróneos, sometiendo, posteriormente, las variables a las distintas pruebas estadísticas, según los diferentes tipos de medida requeridos.

Destacamos:

- Estudio descriptivo: tablas de frecuencias, valores percentiles, medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación típica, varianza, amplitud, valor mínimo, valor máximo, error típico de la media).
- Variables cualitativas: Se realizan pruebas de independencia y de comparación de proporciones (prueba chi-cuadrado de Pearson, prueba de McNemar).
- Variables cuantitativas: En primer lugar hemos realizado las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk). Para la comparación de medias se han utilizado las pruebas tipo *t de Student* y Mann-Whitney, en el caso de dos muestras, y las pruebas tipo Anova y Kruskal-Wallis para más de dos muestras. Las comparaciones a posteriori han sido las pruebas de Duncan y de Tamhane.
- Análisis de fiabilidad: para comprobar la consistencia interna de las escalas, hemos calculado el coeficiente alfa (α) de Cronbach.

En todos los casos hemos asumido la existencia de diferencias cuando la significación ha sido inferior al 5% ($p<0,05$).

3.7. Bases y fuentes documentales utilizadas.

Este trabajo se instrumentaliza con una amplia revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de investigación que se concreta en el análisis y estudio de la documentación existente sobre el estrés laboral y síndrome de burnout a nivel de fundamentación teórica, así como sobre la situación actual de dicho problema en la práctica profesional en general y su desarrollo en la práctica de la enfermería hospitalaria en particular.

Para conocer el estado de la cuestión se han utilizado las bases de datos MEDLINE (US NLM : http://www.ncbi.nlm.nih.gob/PubMed), EMBASE (http://www.embase.com), COCHRANE LIBRARY (denominada en español Cochrane Library Plus: http://www.updatesoftware.com/clibplus.htm; accesible también desde portales como el centro Cochrane Iberoamericano: http://www.cochrane.es), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health*), CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana: http://www.index-f.com/new/acceso.php), CUIDATGE (Base de datos de la Universidad de Rovira i Virgili: http://enfermeria.usal.es/biblioteca/Basespop/Cuidatge.htm), DIALNET (Base de datos de la Universidad de La Rioja: http://dialnet.unirioja.es/), BDIE (Base de Datos para la Investigación en Enfermería, creada por el Instituto de Salud "Carlos III": http://bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm) y TESEO (Bases de Datos de Tesis Doctorales: https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do).

Siempre que ha sido posible se han utilizado fuentes españolas al abordar aspectos más adaptados al objeto de estudio planteado y el entorno de práctica profesional.

3.8. Temporalización del estudio (cronograma de actividades).

El procedimiento de abordaje y desarrollo del estudio lo hemos realizado fundamentalmente durante los últimos tres años de actividad según se especifica en la tabla 10, en fases de mayor y de menor intensidad dependiendo de las cargas de trabajo profesional (docencia universitaria) y de las posibilidades de desplazamiento a los distintos centros que han participado.

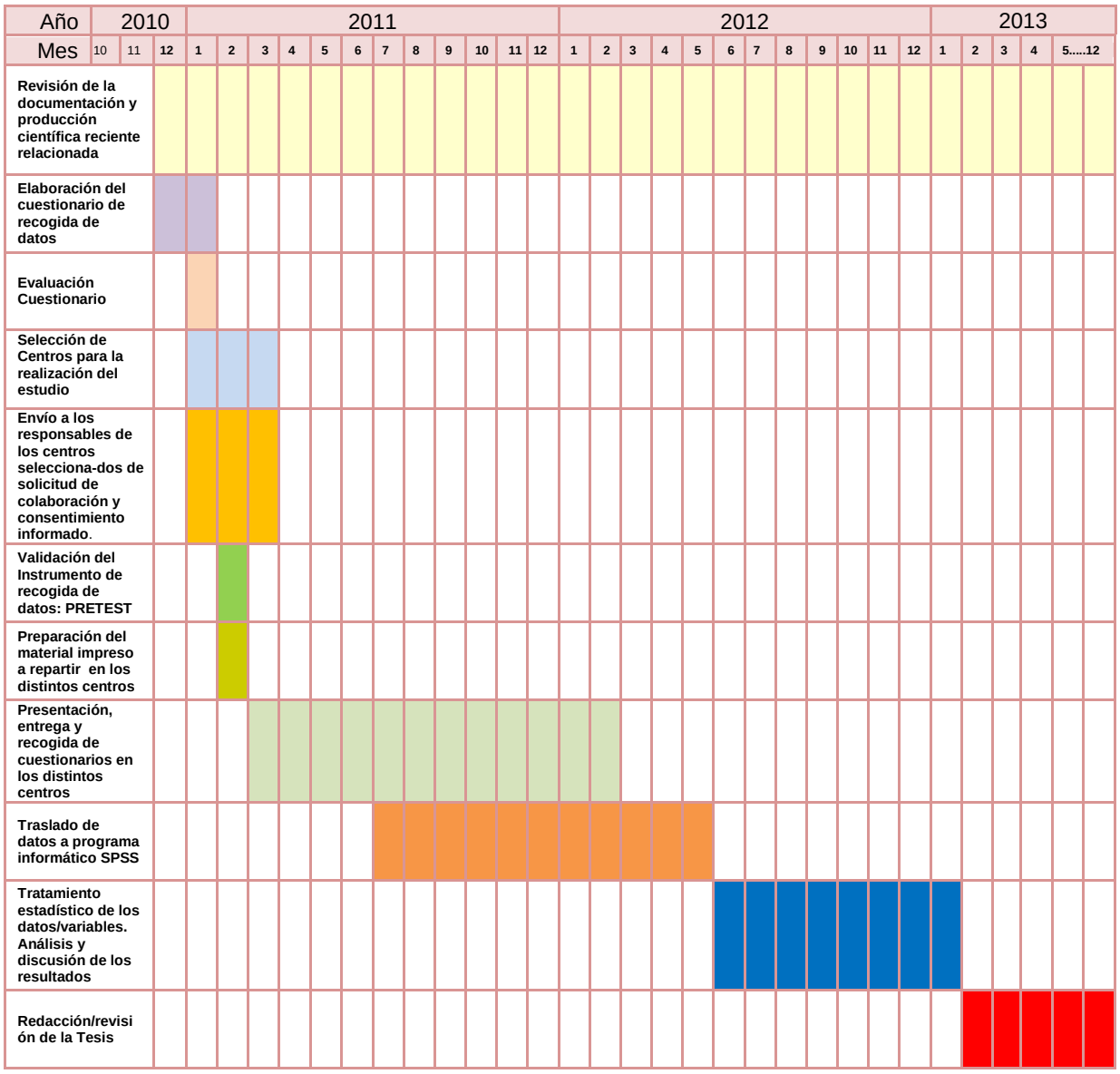


Tabla 10: Cronograma de actividades del estudio

"Una tensión continua y prolongada en el tiempo acaba rompiendo la integridad y la resistencia de la persona".

Frutos M.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

En este capítulo exponemos los resultados obtenidos en las distintas variables del cuestionario utilizado como instrumento de recogida de datos de nuestro estudio con el fin de abordar los objetivos propuestos y comprobar las hipótesis que se han presentado en el capítulo anterior.

Con el objetivo de mantener el orden de la estructura del trabajo, reflejamos los resultados siguiendo el orden de las preguntas y variables que de ellas se deducen en los distintos grupos de datos según se ha definido en el apartado anterior de “Material y Métodos” a la hora de describir la composición del instrumento de recogida de datos (cuestionario).

4.1. Variables sociodemográficas, laborales y de salud y estrés percibidos.

En este área del cuestionario hemos hecho una subdivisión en dos grupos de variables, variables sociodemográficas y laborales por un lado y variables de salud y estrés percibido, a fin de posibilitar el mejor y más ordenado análisis de las mismas, definiendo al final de cada grupo un apartado de descripción de "perfiles tipo" (puntos 4.1.1.24 y 4.1.3.), resultado de la valoración conjunta de un grupo de las variables analizadas que nos aportan información relevante para los objetivos de nuestro estudio.

4.1.1. Variables sociodemográficas y laborales.

4.1.1.1. Sexo

El 92,8% de los profesionales que componen la muestra total de este estudio son mujeres y el 7,2% hombres (figura 19), porcentaje que según distintos estudios (Consejo General de Enfermería 1998; Párraga, 2005), se sitúa

dentro de lo que se establece como composición normal de los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización de los centros de atención especializada de España, en los que tras un amplio análisis de los componentes de los equipos actuales, concluyen que el grupo profesional de enfermería de las unidades de hospitalización están compuestos por una población profesional mayoritariamente femenina de entre el 90% y el 95%.

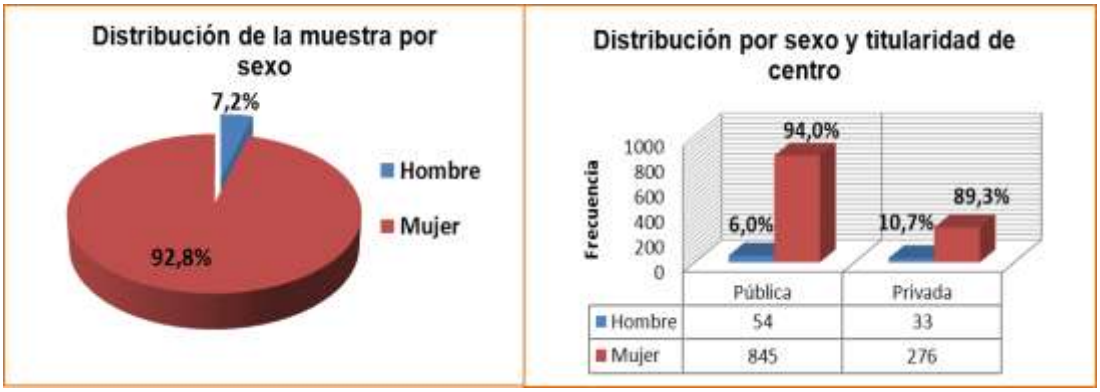


Figura 19: Distribución de la muestra por sexo (general y por titularidad)

En este apartado es necesario aclarar que, si bien la población de profesionales de enfermería hombres de la categoría de enfermeras se sitúa por encima del 9%, en la categoría de TCAE, la proporción de hombres no suele superar el 4%, bajando esta categoría la media de hombres de la muestra general (figura 20).

Es importante reseñar, que los datos indicados definen la muestra de nuestro estudio que, buscando su homogeneidad por ser comunes en los centros participantes, trabajan principalmente en unidades de hospitalización, en las que se da una menor presencia de población de profesionales de enfermería de sexo masculino.

Globalmente, el porcentaje de profesionales de enfermería, masculinos de la categoría "enfermera" en los hospitales es superior a los datos aportados, llegando a superar el 15%, basándonos en las referencias anteriormente reseñadas, pero el mayor porcentaje de los profesionales hombres se ubican laboralmente en servicios centrales y especializados

(radiodiagnóstico, laboratorios, farmacia quirófanos, UCI, urgencias, etc.), más que en unidades de hospitalización.

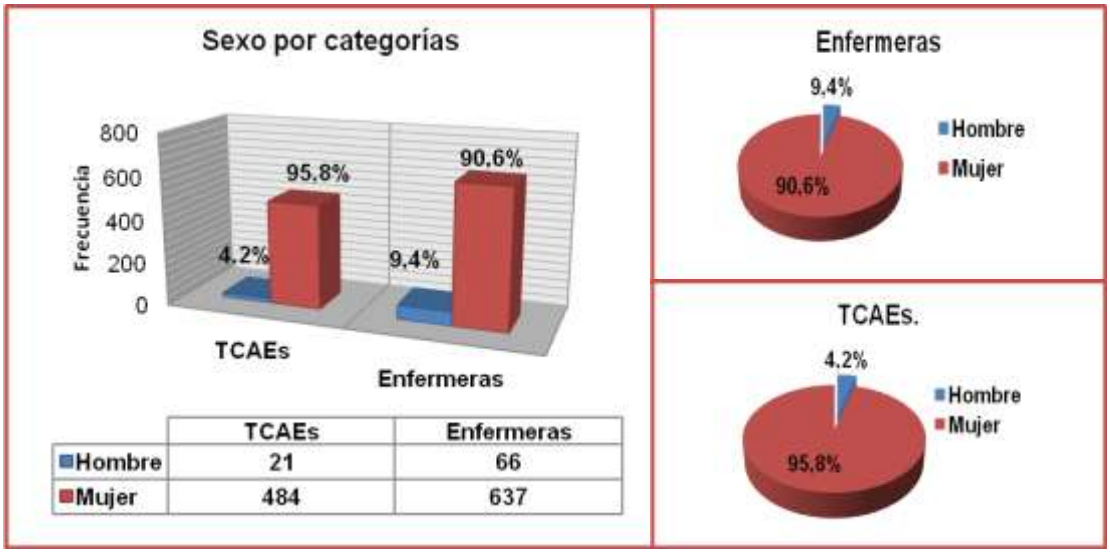


Figura 20: Distribución de la muestra por sexo y categoría profesional

Como dato a destacar en nuestro estudio con respecto al "sexo" es la existencia de una mayor proporción masculina en los centros de titularidad privada (figura 18) que supera el 10%, destacando un porcentaje superior al 7% en el grupo de TCAE (anexo 8, tabla 62), cifra que en los centros públicos no supera el 5% a nivel nacional. Esto, en muchos casos, se justifica, según los comentarios que se nos han aportado en los cuestionarios de estos profesionales (anexo 6A), en la multifunción que desarrollan dentro de las instituciones (celador, pinche, conserje, etc.), al no existir un marco normativo ni funcional con la descripción del puesto de trabajo.

En cuanto a las características de esta variable por centros, cabe destacar una mínima representación masculina (0,7%) en la muestra del centro P4 (anexo 8, tabla 63). Preguntada la Responsable de Formación continuada de dicho centro, colaboradora en la distribución y recogida de cuestionarios, nos confirma el bajo número de profesionales de enfermería

hombres trabajando en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas del centro.

4.1.1.2. Edad

La edad media y la desviación estándar (en adelante media ± DE) de los participantes en el estudio es de 43,05 ± 9,95 años con un amplio intervalo que oscila entre los 21 y 65 años (Figura 21).

Por categorías profesionales (anexo 8, tabla 64) las enfermeras obtienen unos valores de edad media y desviación estándar: 41,39 ± 9,88 y los valores en las TCAE son: 45,35 ± 9,59.

Figura 21: Distribución de la muestra por grupos de edad

4.1.1.3. Estado civil

La situación que domina en los participantes en nuestro estudio en cuanto a la variable “Estado Civil” es la de “casada/o – pareja estable” (65,3%), siguiendo tras esta, las situaciones de "soltera" (23,8%), "separada" (8,9%) y "viuda" (1,9%). Analizando esta variable por categoría profesional, existe un mayor porcentaje de profesionales “solteras” entre las enfermeras y, por el contrario, un mayor porcentaje de TCAE en la situación de

"separada" (figura 22). Las especificidades de esta variable por centros se incluyen en el anexo 8, tabla 65.

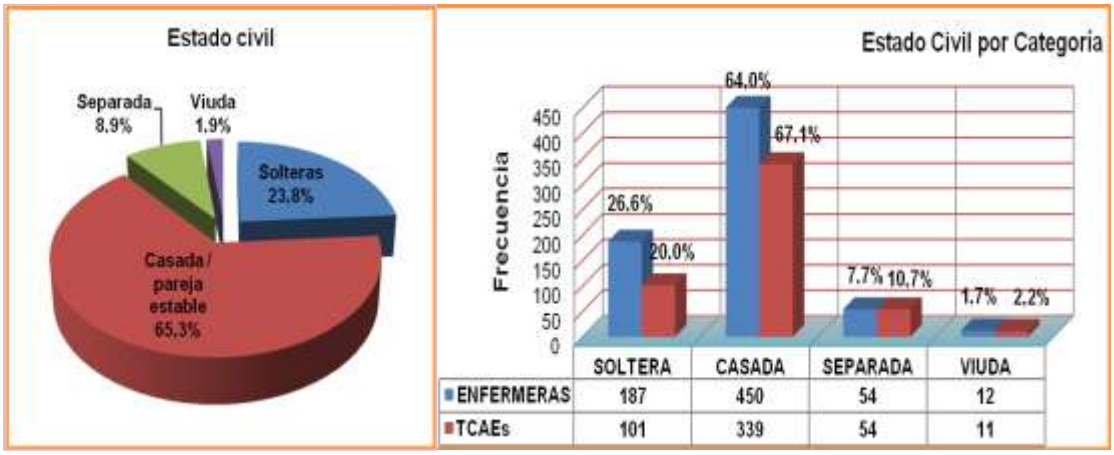


Figura 22: Descripción del estado civil de la muestra general y por categorías

4.1.1.4. Número de hijos

La media de hijos en la muestra de nuestro estudio es de 1,2 ± 1,05, algo inferior a la media nacional situada en 1,32 (Instituto Nacional de Estadística, 2013). El rango incluye los valores de 0 a 6 hijos.

En la categoría de Enfermeras/os, el valor con mayor porcentaje es el de 0 hijos (38,7%), mientras que en el grupo de TCAE, es el valor correspondiente a "2 hijos" el de mayor porcentaje (38,6%) siendo el valor "0 hijos" de un 28,1% (figura 23).

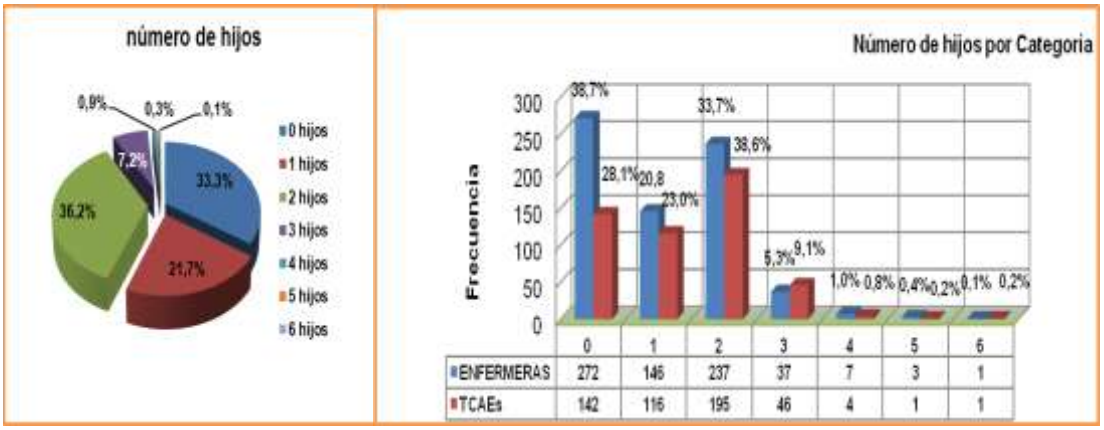


Figura 23: Número de hijos de la muestra general y por categorías

4.1.1.5. Categoría profesional.

Con respecto a la "Categoría Profesional", el 58,2% de los participantes en este estudio son enfermeras, y el 41,8% TCAE (figura 24), porcentajes muy similares a los establecidos en la estructura del equipo de enfermería en las unidades de cuidados médico-quirúrgicos de los hospitales generales de nuestro país, en los que existe una proporción media del 60% de enfermeras y el 40% de TCAE (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011). Las proporciones descritas se han mantenido en los distintos centros en datos equilibrados, en base a las características y objetivos clínico asistenciales (anexo 8, tabla 66).

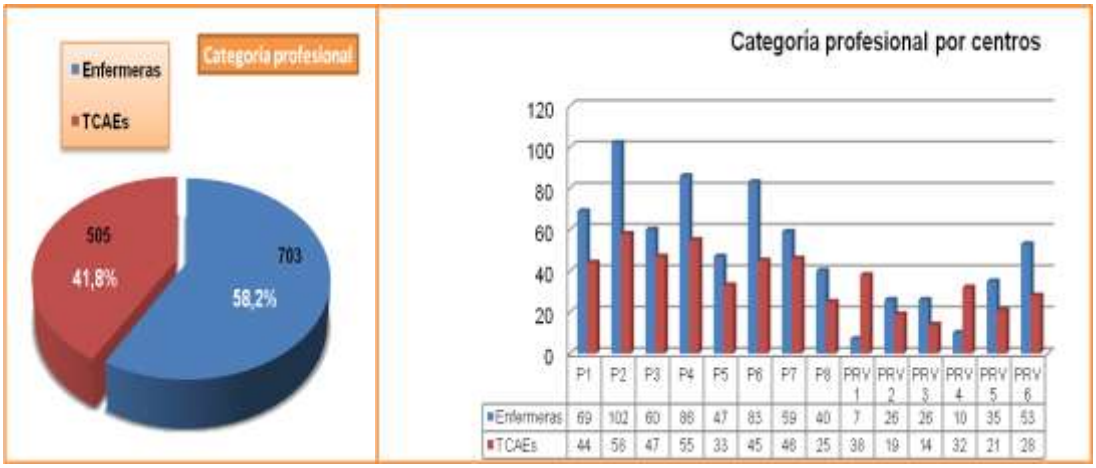


Figura 24: Distribución de la muestra por Categoría profesional y centros

4.1.1.6. Tiempo de ejercicio profesional

La media de años de ejercicio profesional en el total de los participantes en nuestro estudio es de 18,57 ± 9,91 años (enfermeras: 18,40 ± 9,69; TCAE: 18,81 ± 10,21), con un amplio rango de valores que van desde 1 a 44 años. 114 participantes se encuentran en el rango de 1 a 5 años, 196 están en el rango entre 6 y 10 años, 198 tienen entre 11 y 15 años de ejercicio profesional, 199 se encuentran en el rango de 16 a 20 años, 180 están en el rango de 21 a 25 años, 147 en el de 26 a 30 años y 174 participantes superan los 30 años de ejercicio profesional (figura 25).

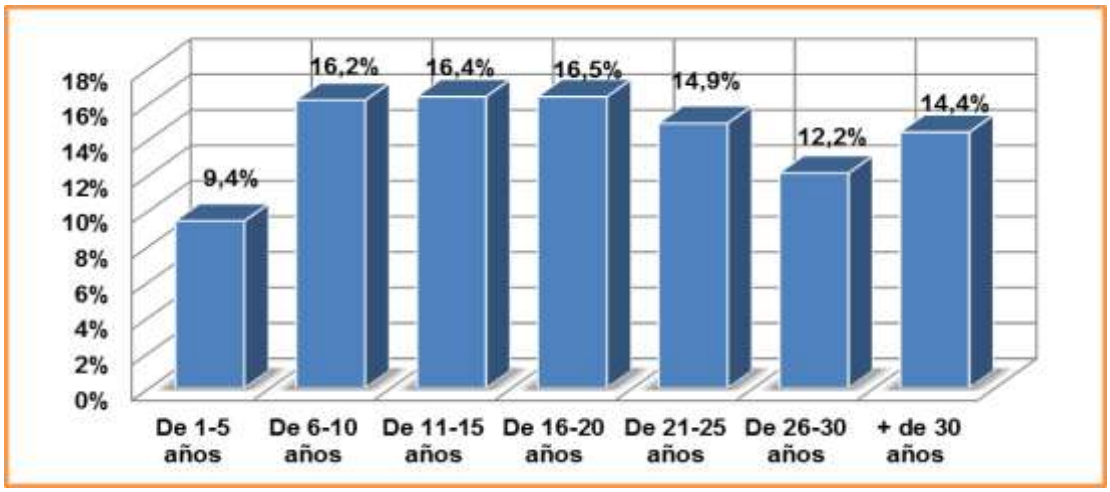


Figura 25: distribución de la muestra por tiempo de ejercicio profesional

Para valorar si existen diferencias en esta variable con respecto a la *categoría profesional* de pertenencia, hemos realizado las correspondientes pruebas de normalidad (K-S) que nos determinan que dichas distribuciones no son de tipo normal. En el caso de la categoría *enfermera* se obtuvo una realización de 0,067 ($p<0,001$), mientras que en el caso de la categoría TCAE la realización fue de 0,080 ($p<0,001$). Para comparar el tiempo de ejercicio profesional entre los dos grupos de categoría profesional (enfermera y TCAE), realizamos la prueba de Mann-Whitney obteniéndose un valor U=174795 (Z=-0,454 y significación asintótica p=0,650) pudiéndose afirmar, a la vista de los resultados, que no existen diferencias en cuanto al tiempo de ejercicio en función de la categoría profesional.

4.1.1.7. Tiempo de antigüedad en el hospital

El tiempo medio de antigüedad en el centro hospitalario es de 14,26 ± 11,03 años, (14,23 ± 10,82 años para las enfermeras y 14,32 ± 11,33 para las TCAE). El rango de años, al igual que en la anterior variable es muy amplio y va desde el valor 1 al 41 según la siguiente distribución por grupos de tiempo: 405 de 1 a 5 años; 179 de 6 a 10 años; 120 de 11 a 15, 134 de 16 a 20 años, 139 de 21 a 25 años, 97 de 26 a 30 años y 134 participantes tienen más de 30 años de antigüedad en el centro (figura 26).

Figura 26: Distribución de la muestra por tiempo de antigüedad en el hospital

4.1.1.8. Condición laboral

La mayor parte de los participantes en el estudio (78,7%), tienen una situación laboral estable ("puesto fijo de trabajo").

Las condiciones contractuales consideradas como estables se incluyen en las opciones de: funcionario, estatutario y laboral fijo. Las condiciones contractuales eventuales engloban las opciones de interino, contratado eventual y otro (figura 27).

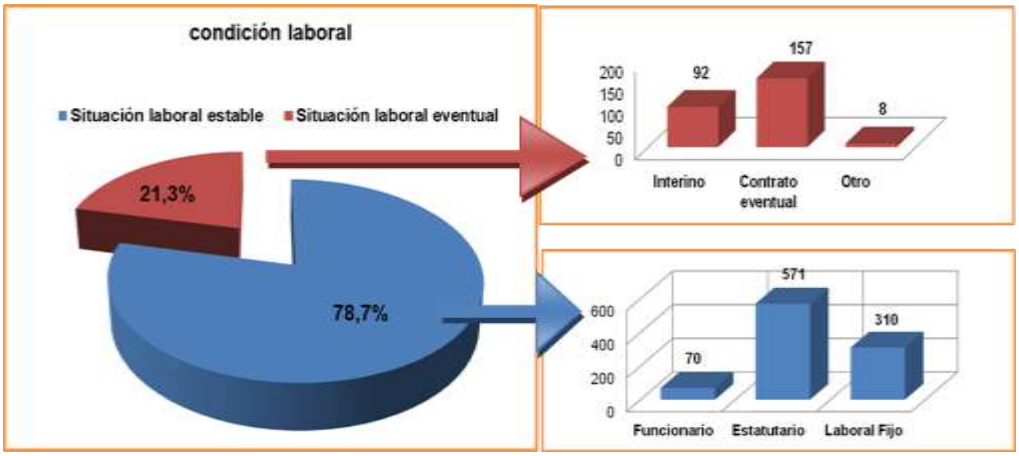


Figura 27: Descripción de la condición laboral de la muestra total

Las situaciones contractuales de *funcionario* y *estatutario* son específicas de las administraciones públicas, por lo que no aparecen en los centros privados, donde la situación de trabajo estable se engloba en la condición "*laboral fijo*" (figura 28).

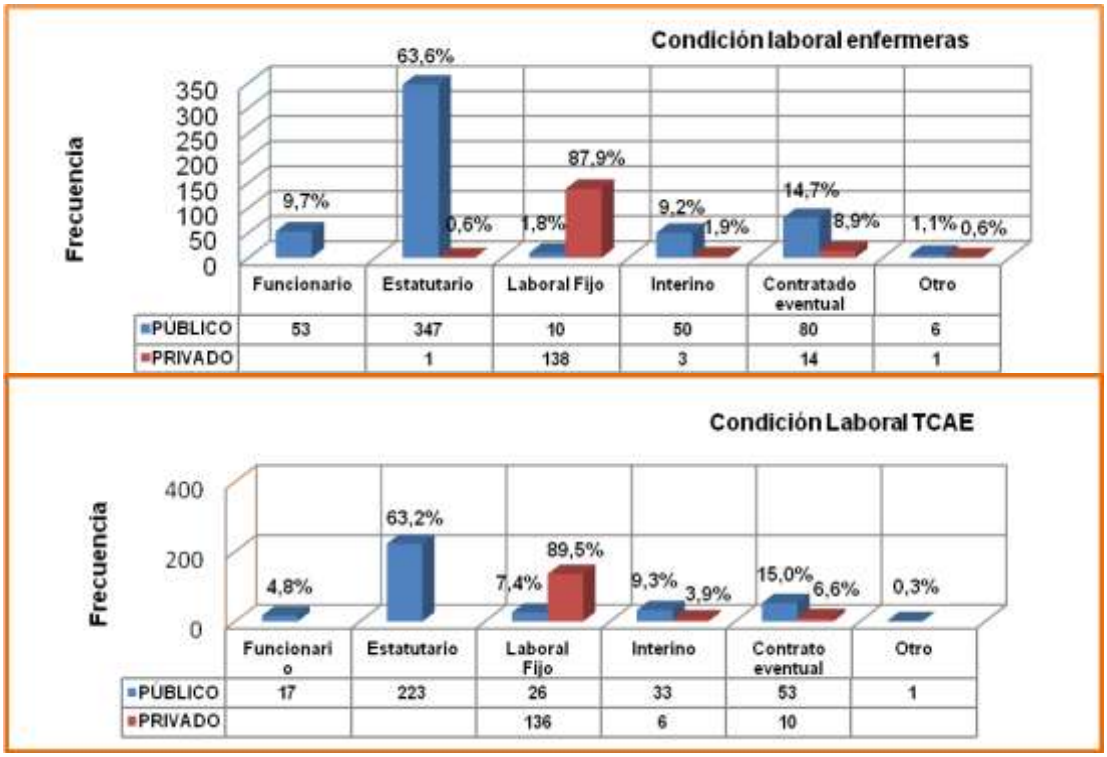


Figura 28: Descripción de la condición laboral según categoría y titularidad

En la muestra de nuestro estudio se da la paradoja, en contra de la opinión generalizada, de que en los centros privados hay mayor porcentaje de profesionales de enfermería con empleo estable (88,7%), que en los centros públicos (75,4%).

Este aspecto de alto porcentaje de profesionales con "trabajo estable" de los participantes en nuestro estudio, es habitual en muchos centros hospitalarios, que en su mayor parte, para evitar la rotación y la salida de profesionales a otros centros, en etapas de escasez del número de profesionales sin empleo, han intentado favorecer la consolidación del puesto de trabajo para fidelizar a los trabajadores al centro y asentar los recursos necesarios. Este aspecto que puede considerarse como

amortiguador del estrés, según estudios analizados puede predisponer al agotamiento emocional debido a la falta de expectativas de mejora profesional que se da en estas instituciones (Manzano y Ramos, 1999; Artiga, 2000).

4.1.1.9. Unidad/servicio actual de trabajo

Con el objetivo de hacer lo más homogénea posible la muestra de los distintos centros, el número mayor de participantes en el estudio desarrollan su actividad en unidades de hospitalización, prestando cuidados directos a las personas ingresadas en dichas unidades que abarcan todo el rango de edades del ciclo vital, dirigiéndose principalmente la atención a una población de personas mayores, al ser la población que más precisa de asistencia hospitalaria. El grupo de profesionales que desarrollan su actividad en servicios centrales tiene una representación reducida en nuestro estudio, recogiéndose en el apartado de "otros" (figura 29).

El apartado de servicios médicos está integrado por los servicios/unidades de Medicina interna, Neumología, Digestivo, Endocrinología y neurología, estando representado en nuestro estudio por un 19,5% de los participantes.

Figura 29: Distribución de la muestra por unidades/servicios de trabajo

En el grupo de servicios quirúrgicos se han incluido los servicios/unidades de Cirugía general, Traumatología, Urología, Oftalmología y Otorrinolaringología, participando de este grupo un 20,4% del total de participantes.

El grupo de materno-infantil, lo componen las unidades/servicios de Tocología, Ginecología, Partos, Neonatología y Pediatría, perteneciendo a este grupo un 19,5% del total de los participantes.

El grupo de servicios especiales lo componen las unidades/servicios de Psiquiatría-salud mental, Geriatría, Cuidados paliativos y Unidad de cuidados intensivos, unidades en las que trabajan el 26,4% de los participantes en el estudio.

En el apartado de otros (14,2% del total de la muestra), se han integrado los profesionales que han participado en el estudio y pertenecen a servicios centrales (radiodiagnóstico, laboratorios de análisis clínicos, quirófanos, reanimación, esterilización) y consultas externas y si bien, algunos de estos servicios están escasamente representados, el hecho de tener una representación de ellos nos aportan datos que ayudan a objetivar la situación del global de la actividad del cuidado que se desarrolla en los centros hospitalarios por los profesionales de enfermería.

4.1.1.10. Tiempo en la unidad/servicio actual

El tiempo de estancia medio en el actual servicio/unidad es de 99,76 ± 107,82 meses, lo que equivale a 8,3 ± 8.99 años.

La mayor parte de los participantes (58,5%), se encuentran en el grupo de tiempo de 1 a 5 años (figura 30), distribuyéndose el resto de nuestra muestra en cuanto a los años en su servicio actual de la siguiente forma: de 6 a 10 años el 14,9%, de 11 a 15 años el 7,2%, de 16 a 20 años el 6,9%, de 21 a 25 años el 5,1% y el 7,5% superan los 25 años en el servicio actual.

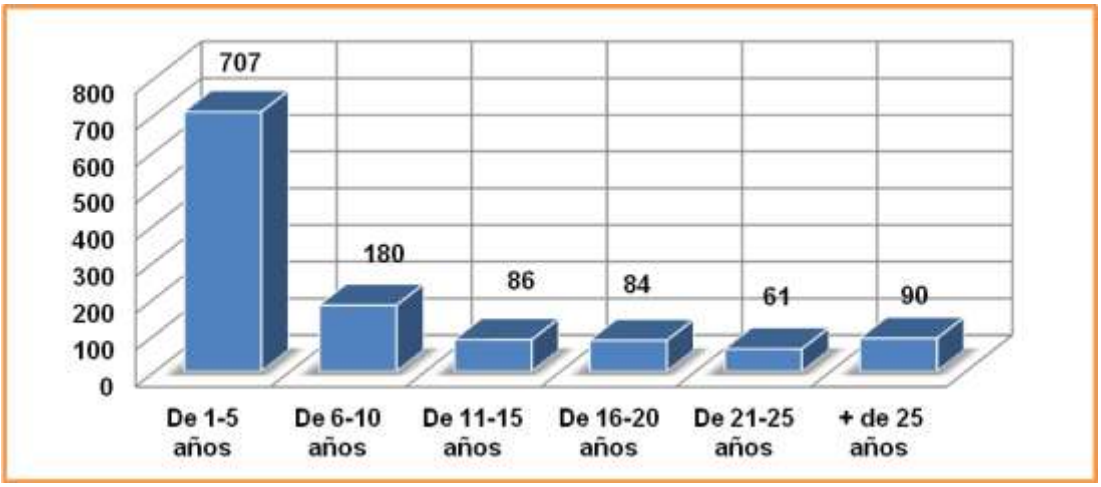


Figura 30: Distribución de la muestra por el tiempo de antigüedad en el servicio actual

Particularizando estos datos en función de las categorías profesionales, la media de tiempo en años en el servicio actual es de 8,51 ± 8,52 en el grupo enfermera y de 8,03 ± 9,28 en el grupo auxiliar.

Para valorar si existen diferencias en esta variable con respecto a la *categoría profesional* hemos realizado las correspondientes pruebas de normalidad (K-S) que nos determinan que dichas distribuciones no son de tipo normal. En el caso de la categoría *enfermera* se obtuvo una realización de 0,199 ($p<0,001$), mientras que en caso de la categoría *TCAE* la realización fue de 0,230 ($p<0,001$). Realizada la prueba de Mann-Whitney se obtuvo un resultado U=167296 (Z=-1,708 y significación asintótica p=0,088) pudiéndose afirmar, a la vista de los resultados, que no existen diferencias en cuanto al tiempo de trabajo en el servicio actual en función de la categoría profesional.

4.1.1.11. Asignación a la unidad/servicio

En el 57,5% de los participantes, la asignación al servicio ha sido por voluntad propia del trabajador y en un 42,5% de los casos no ha sido así (figura 31). En los centros de titularidad pública existe un mayor porcentaje

de profesionales de adscripción voluntaria (57,5%), al estar normalizado el libre acceso a la oferta de vacantes y concursos a las mismas.

Figura 31: Descripción de la forma de asignación a la unidad/servicio de trabajo

4.1.1.12. ¿Desea cambiar de servicio/unidad de trabajo?

Analizando el deseo de cambio de servicio (figura 32), constatamos que existe un alto porcentaje de profesionales que no desean cambiar de servicio/unidad (81,5%), y este dato es más amplio en los centros de titularidad privada (90,0%), que tiene una asignación de unidad supeditada más a las necesidades del momento que al deseo del profesional, por lo que se nos ha comentado en la información abierta del cuestionario.

Figura 32: Distribución de la muestra por el deseo de cambio de servicio/unidad

Hemos analizado de forma simultánea estas dos últimas características comparando las prevalencias de asignación voluntaria y deseo de cambio de servicio mediante la prueba de McNemar, habiendo obtenido un resultado χ^2=171,727 (p<0,001), que nos permite afirmar que las prevalencias analizadas son distintas, en consecuencia una imposición en la asignación del servicio no implica necesariamente un deseo de cambio.

4.1.1.13. Número de cambios de servicio/unidad de trabajo

El 80,5% de los profesionales de enfermería del estudio ha cambiado alguna vez de servicio, habiendo pasado por más de dos servicios el 35,8% de la muestra (figura 33). Esta alta movilidad interna, puede justificar la información de las dos variables anteriores, al haberse posibilitado la ubicación, a través de los distintos cambios, en un puesto y unidad de trabajo de asentamiento definitivo.

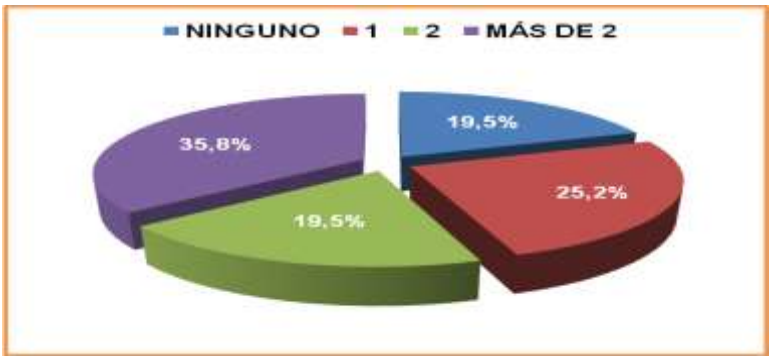


Figura 33: Distribución de la muestra por número de cambios de servicio

4.1.1.14. Nivel de responsabilidad/puesto

Independientemente del análisis de la composición de la muestra en cuanto a las dos categorías profesionales del grupo de enfermería, hemos querido conocer el nivel de responsabilidad, a fin de valorar la implicación de los mandos intermedios (supervisoras de Unidad/servicio) en el proceso de recogida de datos y de participación en el estudio, además de conocer si existe mayor o menor nivel de estrés laboral atendiendo a la responsabilidad de gestión de los recursos humanos, aspecto destacado en varios de los

estudios revisados (Rodríguez, et al 1996; Gonzáez, et al 2008; Pucheu 2010).

En nuestro estudio, del total del grupo de enfermeras participantes (705), 69 son supervisoras, lo que corresponde a un 5,7% del total de la muestra (figura 34), porcentaje que es muy similar a la representación media en la estructuración de mandos intermedios asignada en el organigrama de un hospital medio (entre 250-500 camas) del Sistema Nacional de Salud (Lamata, 1998), en el que se establece un puesto de supervisión por cada unidad de cuidados de enfermería, integrada por una media de 24 profesionales a su cargo.

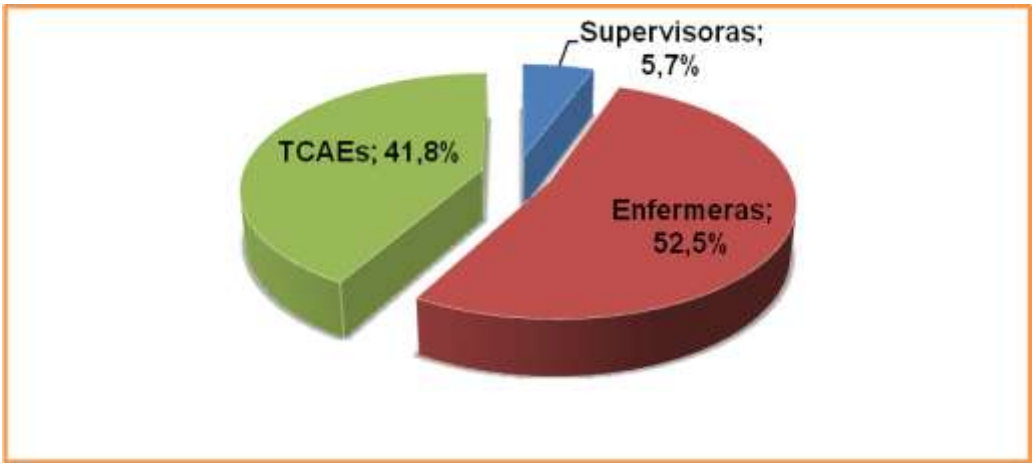


Figura 34: Distribución de la muestra por nivel de responsabilidad/puesto

4.1.1.15. Turno de trabajo

Esta variable es de gran importancia como destacado y referenciado argumento estresor o fuente de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada (Moreno y Peñacoba 1999; Grazziano y Ferraz 2010, De Melo y Ferraz 2013).

Esta variable ha sido casi la única abordada desde las estructuras de gestión de recursos humanos de los distintos centros hospitalarios con el fin de actuar ante el estrés laboral y burnout, poniendo en marcha modelos y alternativas de mejora con un éxito, cuando poco, cuestionable (turno "antiestrés", jornada continuada de 12 horas, turno solapado, etc.).

Para prestar atención continuada en las unidades de hospitalización durante las 24 horas del día, se establecen diferentes tipos de turnos de trabajo entre los componentes del equipo de enfermería (figura 35).

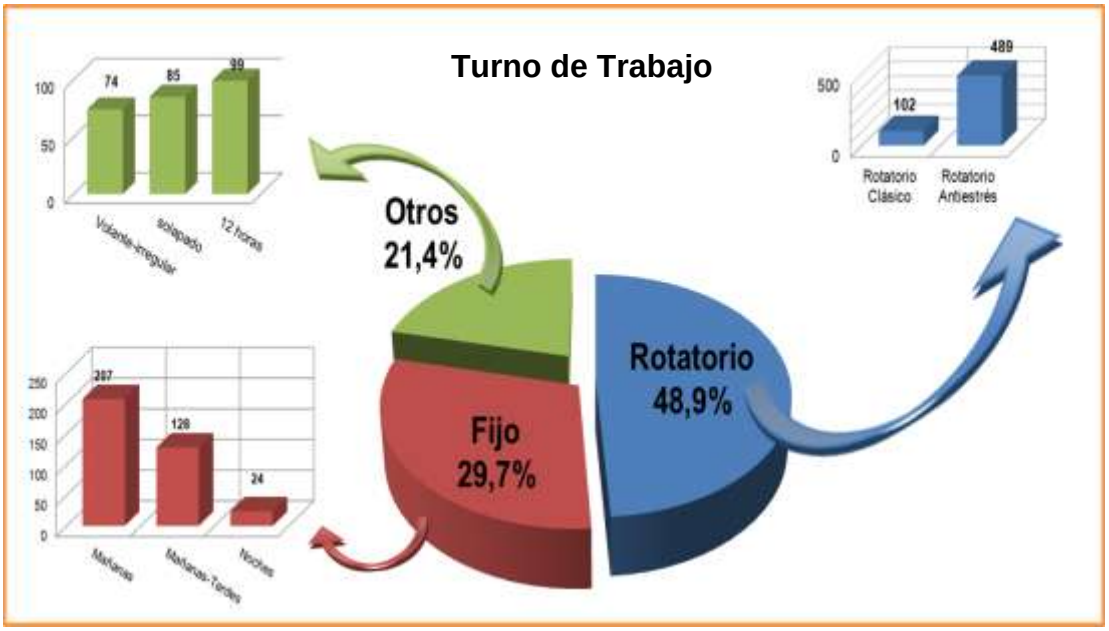


Figura 35: Distribución de los participantes según su turno de trabajo

En nuestro estudio, el turno más frecuente entre el grupo de profesionales de enfermería de atención especializada es el "turno rotatorio" (48,9%), dentro del que se incluye el rotatorio clásico (8,4%), con realización de semanas completas de mañanas, tardes y noches y el rotatorio llamado

"antiestrés" (40,5%), en el que durante cada semana se realizan, de forma cíclica, dos días en turno de mañana, dos días de tarde y una o dos noches con varios días de descanso tras el periodo nocturno.

Tras el turno rotatorio se sitúan el turno fijo (29,7%), que incluye las opciones de turno de mañanas, turno de tardes y turno de noches fijas, y el grupo de "otros" (21,4%), en el que se integran el turno irregular de plantilla volante (para cubrir incidencias y refuerzos de unidades), y turnos de atención continuada que se están instaurando en los últimos años como turnos amortiguadores para la prevención de la sobrecarga laboral y el estrés, como son los turnos de 12 horas a días alternos (12 horas de día, descanso, 12 horas de noche, descanso), y el turno de jornada solapada (de horario continuado de 10 a 17 horas u otras horquillas horarias mañana-tarde según niveles de actividad y carga de trabajo).

4.1.1.16. ¿Desea cambiar de turno de trabajo?

El 71,5% de los participantes en el estudio no desean cambiar de turno e trabajo, mientras que el 28,5% manifiestan su deseo de cambio, rincipalmente del turno rotatorio clásico o antiestrés a un turno de mañanas, lentificado como facilitador de la conciliación del trabajo con la vida familiar social (figura 36).

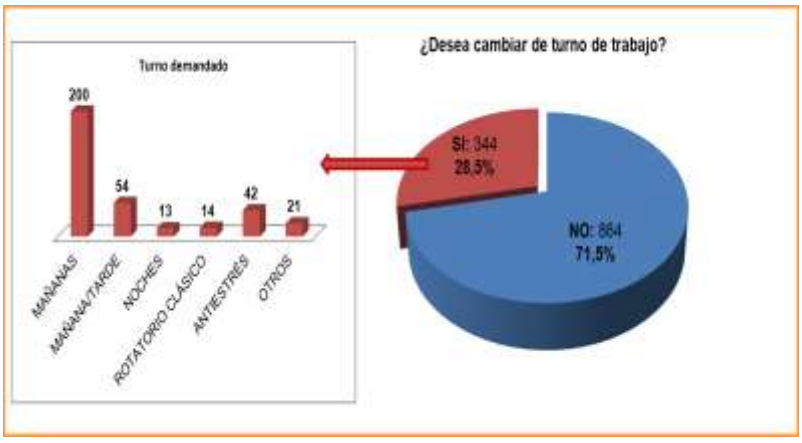


Figura 36: Descripción del deseo de cambio de turno

Con respecto a estas dos últimas variables hemos considerado interesante analizar si las probabilidades de *deseo de cambio de turno* varían en función del *tipo de turno*. Para ello hemos clasificado esta característica en tres grupos (figura 35) "*rotatorio*" (antiestrés y rotatorio clásico), "*fijo"* (mañanas, mañanas/tardes y noches) y "*otros"* (volante, solapado M/T, continuado de 12 horas). A partir de los resultados de la prueba Chi-Cuadrado realizada hemos obtenido un valor χ^2=77,658 (p<0,001), que nos permite afirmar que las prevalencias de deseo de cambio en los tres grupos difiere. Asimismo, se obtiene que las prevalencias de cada grupo son distintas, obteniéndose la menor estimación en el grupo fijo (0,120), y la mayor en el grupo otros (0,426), grupo dominante en el deseo de cambio de turno.

4.1.1.17. Número total de profesionales del equipo de enfermería en su unidad de trabajo actual

En las unidades de hospitalización no existe una distribución uniforme del número de profesionales de enfermería, estableciéndose diferencias en la composición de los equipos de trabajo dependiendo de las especificidades y características de las distintas unidades/servicios, alguno de los cuales (UCI, urgencias, reanimación, prematuros, etc.) requieren dotaciones diferenciadas de profesionales, en razón a una mayor demanda de cuidados continuos y especializados.

En nuestro estudio, las unidades de cuidados generales componen el grupo más amplio de representación y mantienen criterios similares en cuanto a la composición de los equipos de enfermería, los cuales tienen una población media de enfermeras por unidad/servicio de12,87 ± 7,77, y una población media de TCAE de 12,20 ± 9,20. Estas poblaciones medias de profesionales están en equilibro y proporciones de representación por categoría profesional similares a las establecidas para las unidades de hospitalización de los hospitales del Sistema Nacional de Salud según establece Lamata (1998) y los actuales Servicios Autonómicos de Salud

(Sindicato de Enfermería SATSE de Castilla la Mancha, 2011; Consejo General de Enfermería, 1998; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

4.1.1.18. Número de camas/pacientes en la unidad de trabajo actual

Al igual que en la variable anterior, la capacidad en cuanto al número de camas/pacientes es distinta en las unidades/servicios de trabajo, dependiendo de aspectos como la estructura física, los objetivos clínico-asistenciales, el nivel de especialización, la complejidad de los cuidados, etc.

Por lo general, al hablarse de número de pacientes en la unidad, se considera el 100% de su capacidad de hospitalización (número de camas de la unidad), independientemente de que, a veces, el índice de ocupación es inferior al número total de camas.

En nuestro estudio, la mayor parte de los participantes desarrollan su actividad en unidades/servicios de cuidados con un índice de ocupación habitualmente en los límites máximos, siendo la media de camas/pacientes atendidos de 34,20 ± 53,46.

4.1.1.19. Número habitual de profesionales de su categoría profesional por turnos para el desarrollo de la actividad cuidadora (exceptuando la supervisión)

Esta pregunta origina tres variables en base a los profesionales que trabajan en los distintos turnos que componen la jornada de trabajo: turno de "mañana", "tarde" y "noche".

En el turno de mañana, el mayor porcentaje de los participantes (38,6%) trabajan una media de tres profesionales de cada categoría; en el turno de tarde, el 54,7% de los componentes de nuestra muestra, trabajan una media de dos profesionales de cada categoría profesional y en el turno de noche, el

mayor porcentaje de los participantes (46,1%) trabajan una media de dos profesionales de cada categoría (figura 37).

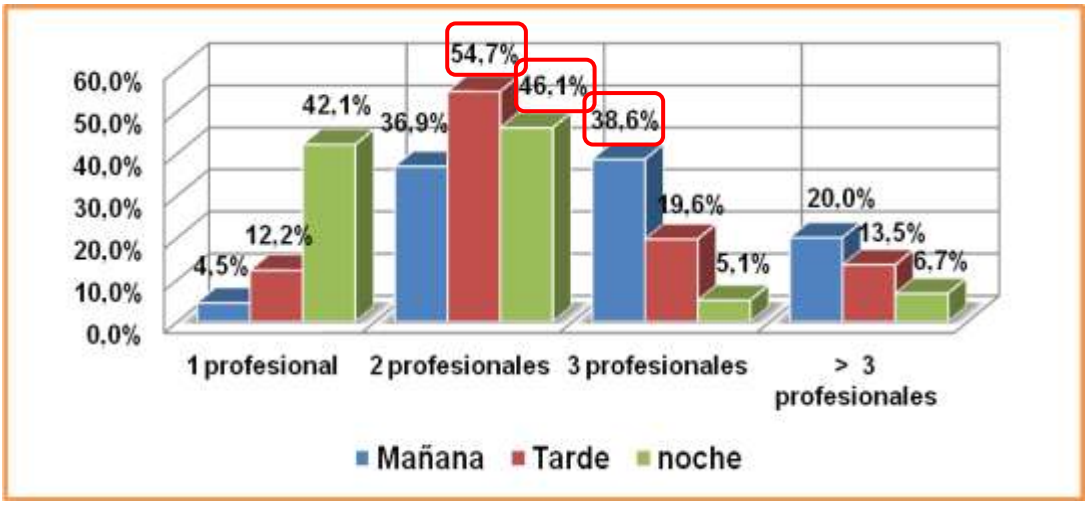


Figura 37: Descripción de porcentajes de profesionales por turnos

4.1.1.20. Número de pacientes que atiendes habitualmente

Al igual que la pregunta anterior, esta pregunta origina tres variables: número de pacientes atendidos en el turno de mañana, en el turno de tarde y en el turno de noche, al ser distinto el número de asignación de pacientes por turno, motivado por la el diferente número de profesionales trabajando en la unidad en cada turno.

El número medio de personas atendidas por cada profesional en los distintos turnos es: 9,46 ± 4,03, en el turno de mañana; 11,02 ± 5,50, en el turno de tarde y 15,64 ± 8,58, en turno de noche.

4.1.1.21. ¿Qué esfuerzo físico requiere el desarrollo de su actividad diaria?

En muchos casos y estudios (Martín, et al, 2006; Cruz y Vargas, 2006; Calle y Frutos, 2008; Valecillo, 2009), se asocia el estrés laboral con el esfuerzo físico. Los cuidados enfermeros en las unidades de hospitalización

requieren de una actividad física continua, al realizarse un gran número de tareas de cuidados de un elevado esfuerzo físico, sobre todo al realizarse los cuidados de movilización de pacientes (alguno de ellos de mucho peso), higiene corporal, ayuda a la deambulación, traslado de mobiliario y material técnico, etc.

La mayor parte de la muestra de nuestro estudio (figura 38) considera que el esfuerzo físico que requiere el desarrollo de la actividad del cuidado es moderado (51,3%) o intenso (32,7%).

Por categoría profesional, se detectan diferencias en el peso porcentual asignado a los distintos grados de esfuerzo físico requerido para el desarrollo de la actividad del cuidado a los pacientes, siendo mayor dicho esfuerzo físico en el colectivo de TCAE (90,3% entre los grados de moderado e intenso), al ser las responsables habituales de las actividades de cuidados que conllevan la movilización de pacientes y equipos, mientras que las enfermeras son más responsables de aspectos técnicos y especializados del cuidado que no requieren tanto esfuerzo físico (figura 38).

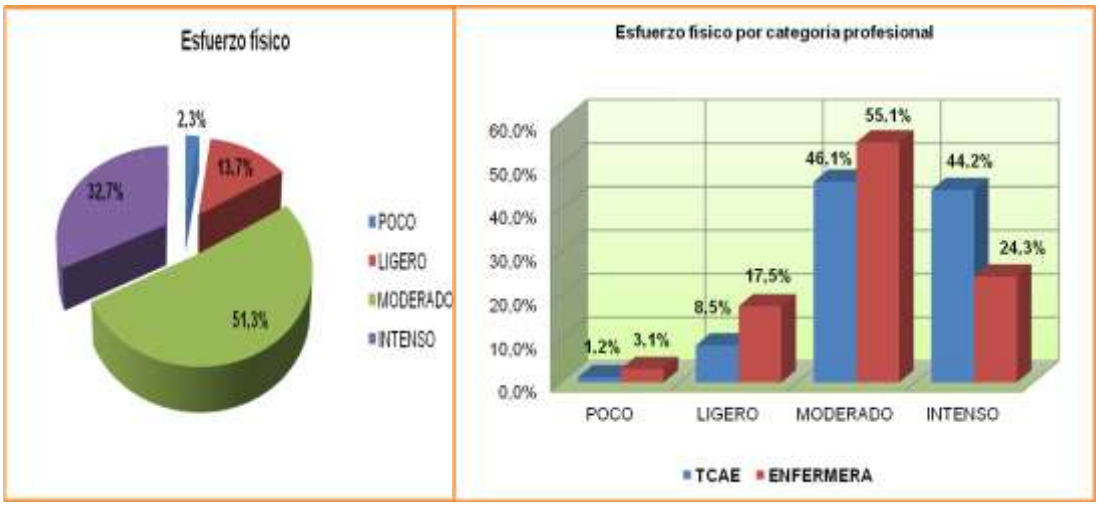


Figura 38: Esfuerzo físico requerido para el desarrollo de la actividad: muestra total y por categorías profesionales

Realizada la prueba Chi-Cuadrado se aprecia que la distribución de opiniones relativas al esfuerzo en las cuatro opciones de respuesta (poco,

ligero, moderado e intenso) difiere en función de la categoría profesional (χ^2=62,024, p<0,001). Para el grupo de TCAE, hay un 20% más (44,2% contra 24,3%) de profesionales para los cuales el esfuerzo que realizan es intenso. Por el contrario, el grupo enfermera duplica el porcentaje (17,5% contra 8,5%) con respecto al grupo TCAE en la opinión de que el esfuerzo que realiza es ligero.

4.1.1.22. ¿Se le ofrece desde el centro/unidad la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización de conocimientos destrezas y competencias de su práctica profesional?

La oferta de formación por parte de las instituciones sanitarias y centros que participan en el presente estudio está ampliamente reconocida por un 84,6% de los profesionales de enfermería, estando dirigida en un porcentaje ligeramente más elevado a la categoría de enfermeras (figura 39).

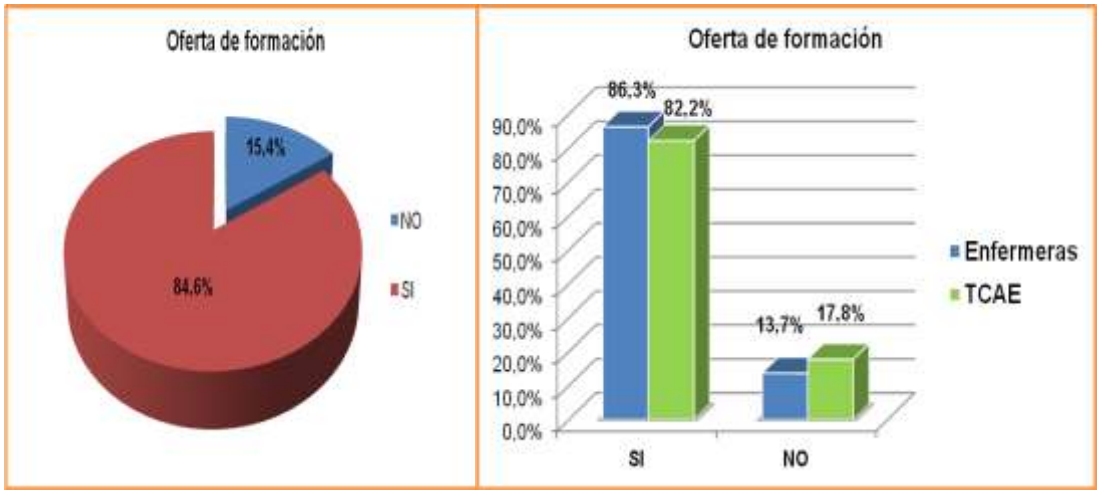


Figura 39: Descripción de la oferta de formación: muestra total y por categoría profesional

4.1.1.23. ¿Ha realizado alguna actividad de formación continuada/ actualización durante el último año?

Es elevado igualmente el porcentaje de profesionales (71,9%) que realizan formación continua (figura 40). Es de destacar, en relación con la variable anterior, que es mayor la oferta que la realización de formación.

Tras comparar la realización de actividades formativas por categorías hemos observado diferencias significativas (χ^2= 31,770, p<0,001), siendo mayor el porcentaje de enfermeras (78,0%) que hacen uso de estas actividades con respecto a las TCAE (63,6%).

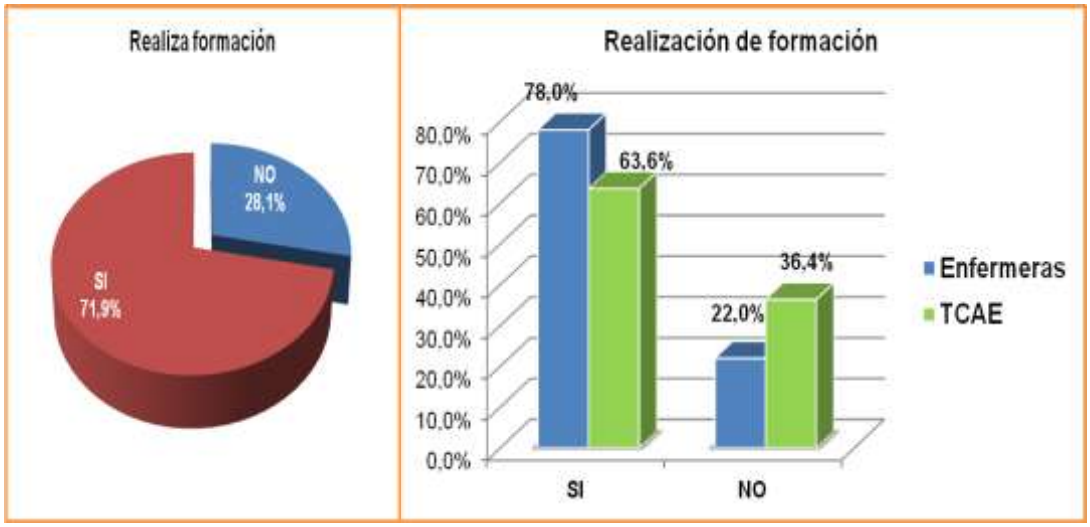


Figura 40: Descripción de la realización de formación: muestra total y por categoría profesional

4.1.1.24. Perfil de la "unidad de cuidados tipo" por recursos de Enfermería y número de pacientes atendidos: "Ratio de personal de enfermería.

Tras el análisis de los resultados del primer grupo de variables (variables socio-demográficas y laborales) podemos describir el "perfil tipo de la unidad de cuidados de enfermería" en cuanto a la dotación media de profesionales de enfermería y número de pacientes atendidos, lo que nos permite describir la "relación" o "ratio" del número de pacientes por profesional de enfermería

en cada turno de trabajo y unidad o servicio, dato de interés que ayuda a clarificar argumentos de soporte de parte de las hipótesis y objetivos de nuestro estudio. Esta relación o "ratio" se calcula a partir de los resultados obtenidos en las preguntas 4.1.1.17 (número de profesionales de enfermería en la unidad/servicio), 4.1.1.18 (número de pacientes/camas en la unidad/servicio), 4.1.1.19 (número de profesionales por turno de trabajo) y 4.1.1.20 (número de pacientes atendidos por turno), preguntas que dan lugar a 9 variables (variables 21 a 29).

Dada la dificultad que entraña especificar la ratio de cada unidad atendiendo a las peculiaridades de los distintos servicios y centros, y lo extenso que esto podría ser, hemos definido la *ratio media* de las unidades de hospitalización, dato que, dada la amplitud de la muestra, nos aporta la información que buscamos, prescindiendo de las especificidades de servicios de diferente dotación (UCI/UVI, reanimación, urgencias, etc.).

La media de la "ratio" resultante para la unidad de cuidados tipo es:

- Número medio de enfermeras por unidad/servicio: 12,87 ± 7,77.
- Número medio de TCAE por unidad/servicio: 12,20 ± 9,20.
- Número medio de camas/pacientes por unidad: 34,2 ± 53,46.
- Número medio de profesionales de enfermería por turno de trabajo: en el turno de mañana tres profesionales de cada categoría; en el turno de tarde dos profesionales de cada categoría y en el turno de noche dos profesionales de cada categoría.
- Número de personas atendidas por cada profesional: 9,46 ± 4,03, en turno de mañana; 11,02 ± 15,50, en turno de tarde; 15,64 ± 8,58, en turno de noche.

4.1.2. Variables de salud y estrés percibidos

4.1.2.1. ¿Cómo defines tu estado de salud?

Los profesionales de enfermería que componen la muestra total de nuestro estudio, expresan una percepción positiva de su estado de salud (72,2%), definiéndolo mayoritariamente como bueno (63,2%) y muy bueno (8,9%). El 24,2% manifiestan tener un estado de salud regular y un mínimo porcentaje (3,1%) valoran su estado de salud como malo y un 0,5% como muy malo (figura 41). Por centros, hay datos sobre la percepción del estado de salud que nos indican diferencias al respecto (anexo 8, tabla 67).

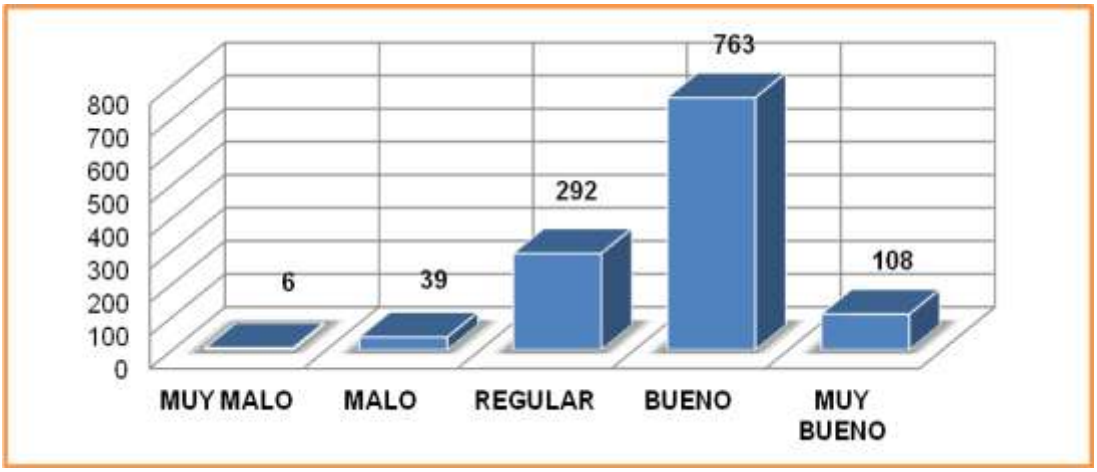


Figura 41. Descripción de la percepción sobre el estado de salud: muestra total

4.1.2.2. Número de bajas laborales durante el último año (excluyendo las bajas por embarazo y maternidad).

De esta pregunta se derivan tres variables: la primera *el número de bajas*, la segunda *el número de días de baja* y la tercera *la causa de cada baja laboral*.

El absentismo laboral ha sido una de las consecuencias más directamente vinculadas a altos niveles de estrés laboral y burnout (Blanca, et al, 2012; Cremades, et al; 2011; Hernández, et al, 2007; Antai, 2001;

Ribera, et al, 1993). La única causa del absentismo laboral reseñada en este trabajo, es la baja por enfermedad.

En nuestro estudio, 324 de los participantes (26,8%), ha sufrido algún proceso que ha conllevado baja laboral y absentismo al trabajo durante el último año (figura 42).

La media de días de baja por enfermedad es de 39,46 ± 57,65, con un amplio rango de valores que va desde 1 a 360 días.

Figura 42: Descripción del porcentaje de participantes que han sufrido o no baja por enfermedad durante el último año

El mayor número de bajas (24,7% = 80 casos) está causado por procesos respiratorios estacionales (figura 43), con un bajo impacto en cuanto a días perdidos de trabajo (4,1% del total de días de absentismo anual en los participantes en nuestro estudio).

El segundo lugar por número de casos es el dolor de espalda (lesión en columna vertebral) con o sin implicación de la movilidad física (63 casos) y con un elevado impacto de días perdidos de trabajo (17,3%).

En cuanto al proceso que más alto nivel de absentismo ha originado, son los traumatismos y lesiones músculo-esqueléticas (esguinces, luxaciones, heridas, etc.) que, con 58 casos (17,9%), ha originado un absentismo laboral de 3295 días (25,7%).

Tras éste, y muy relacionado con el problema nuclear de nuestro estudio, se encuentra el *estrés laboral, depresión y agotamiento emocional*, que ocupa el cuarto puesto en cuanto a número de casos (33), pero el segundo en absentismo, originando una pérdida de 3024 días (25,1%).

El número total de días perdidos en relación con los procesos de baja laboral, ha sido de 12816 en los participantes en nuestro estudio.

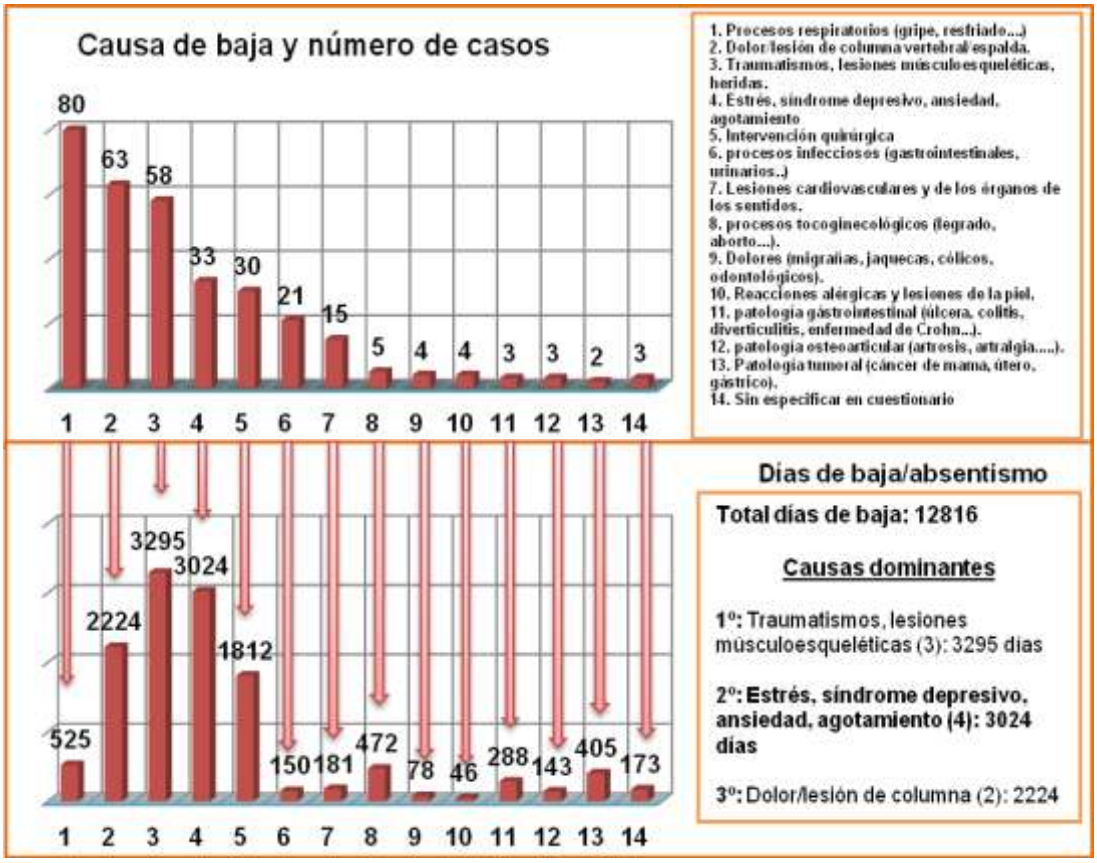


Figura 43: Descripción del número de casos, días de baja y las causas de enfermedad, de los participantes en el estudio.

4.1.2.3. La situación de crisis económica actual por la que atravesamos ¿le ha hecho valorar más su trabajo, aumentando su motivación hacia el mismo?

Nos ha parecido relevante incluir esta variable dado que, en el momento en que se elabora el cuestionario y tras hacerse referencias al respecto en la

prueba piloto, se sugiere la posibilidad de conocer si se ha elevado la valoración de tener un puesto de trabajo en mayor o menor medida “estable” y la motivación hacia la actividad desarrollada, al conocerse unos datos muy elevados de población activa en situación de paro. Esta variable nos ayudaría a evitar un posible sesgo de percepción positiva del trabajo en base a la situación de crisis y de paro amortiguando el problema de estrés por la actividad profesional.

En el tiempo que ha pasado desde la confección del cuestionario, se han originado tantas modificaciones en el entorno laboral, con considerables reducciones de recursos humanos y restricciones económicas que modificaría los resultados aquí obtenidos y que nos obligaría a ampliar la valoración de este apartado en posteriores estudios, ya que la situación laboral de estabilidad y de dotación adecuada de recursos, argumentos moderadores positivos en la aparición del *burnout*, ya no lo es tanto, y la reducción de recursos, sobre todo humanos (ratio inferior de profesionales por pacientes), con aumento de la presión laboral y de responsabilidad, hace que este pueda ser en la actualidad un agravante en la situación actual del problema.

El 55,5% de los participantes en nuestro estudio no han aumentado su valoración sobre el trabajo ni su motivación hacia el mismo por la situación de la crisis y el 44,5% si (figura 44).

Figura 44. Descripción de la valoración del trabajo por parte de la muestra general a partir de la crisis actual

Existen diferencias significativas a este respecto dependiendo de la titularidad del centro (χ^2=5,479, significación asintótica p=0,019), siendo mayor la valoración del trabajo y motivación en los centros de titularidad privada que en los de titularidad pública, en los cuales, aún se sentía una amplia seguridad en el trabajo, que se está actualmente perdiendo.

4.1.2.4. ¿El desarrollo de su trabajo le origina estrés?

La percepción subjetiva de estrés originado por el desarrollo del trabajo diario nos aporta en la muestra participante en nuestro estudio los siguientes datos (figura 45): solamente el 4,8% de los profesionales manifiestan que su trabajo no le origina estrés, mientras que el resto (95,2%) perciben que su actividad laboral diaria les origina estrés en alguna medida (el 20,6% poco, el 58,8% moderado y el 15,8% mucho).

Estos datos nos ponen en evidencia que un elevado número de los profesionales que participan en el estudio, consideran que su trabajo les genera estrés, y el 74,6% perciben que este es alto (moderado y mucho).

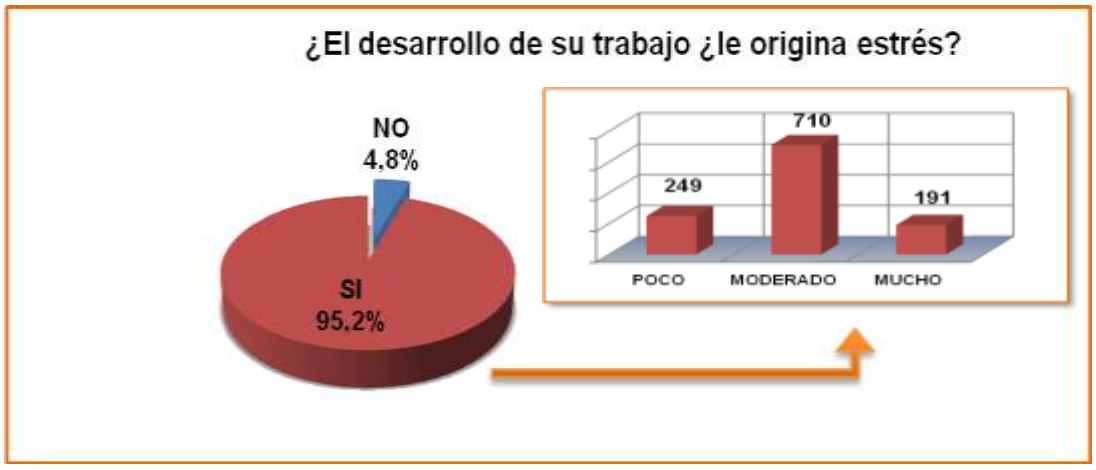


Figura 45: Percepción subjetiva de estrés de los participantes en relación con el trabajo que realizan

Analizando la existencia de diferencias en la percepción del estrés entre los profesionales de la muestra según las categorías hemos obtenido un valor χ^2=8,987 (p=0,029), que nos permite afirmar que la percepción de

estrés es diferente entre categorías, siendo más elevada esta percepción en la población de enfermeras que en la de TCAE (anexo 8, tabla 68).

Igualmente hemos comprobado la existencia de diferencias en la percepción del estrés entre los profesionales de los distintos centros (anexo 8, tabla 69).

4.1.2.5. ¿Qué influencia considera que tiene el estrés laboral en su estado de salud?

El 95,4% de los participantes considera que el estrés laboral influye en su estado de salud. Esta influencia es mucha para un 14,7%, bastante para el 55,2% y poca para un 25,5%. Solamente el 4,6% de los participantes considera que el estrés laboral no tiene ninguna influencia en su salud (figura 46), porcentaje muy similar al obtenido en la variable anterior, que relaciona el trabajo con el estrés.

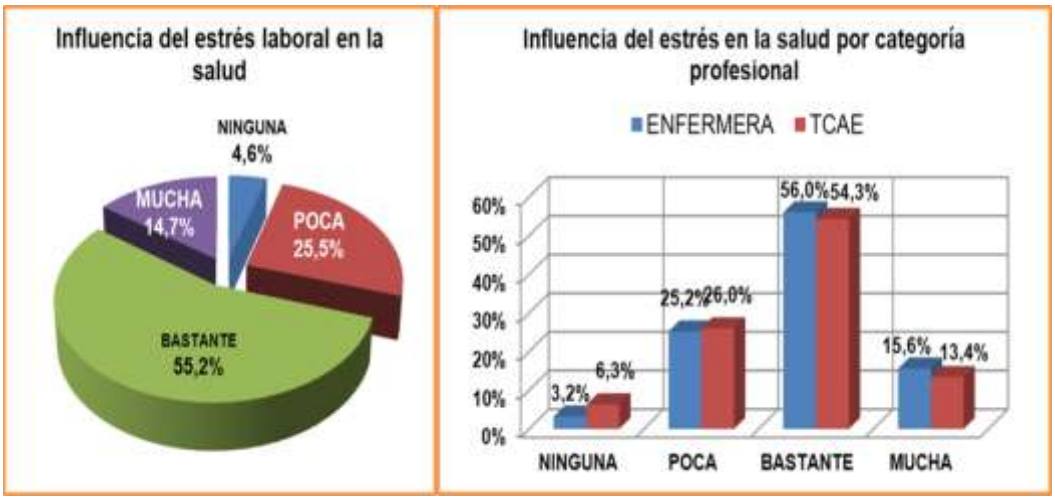


Figura 46: Descripción de la percepción de la influencia del estrés en la salud: muestra total y por categorías

Analizando simultáneamente ambas características hemos observado que los porcentajes de no preceptores del estrés por el trabajo (4,8%) y no influencia del estrés en la salud (4,6%), se corresponden con los mismos individuos (χ^2=0,002, p=0,743 [prueba McNemar]).

Al contrario que en la anterior variable, no existen diferencias en la vinculación del estrés laboral con el estado de salud en función de las diferentes categorías profesionales: χ^2 = 7,224 (p=0,065).

4.1.3. Perfil "Tipo" del Profesional de Enfermería de la muestra

Tras el análisis del segundo grupo de variables de este primer área podemos definir el "perfil tipo del personal de enfermería" (tabla 11), en sus dos categorías profesionales (enfermera y TCAE). Este perfil se establece a partir de los resultados obtenidos en las variables de toda esta área (variables sociodemográficas, laborales y de salud y estrés percibidos).

Característica	Enfermera	TCAE
Sexo	Mujer (90,6%)	Mujer (95,8%)
Edad	41, 39 años	45, 35 años
Estado civil	Casada (64, 1%)	Casada (67,1%)
Nº de hijos	1,10	1,32
Años de ejercicio profesional	18,40 años	18,81 años
Tiempo de antigüedad en centro	14,23 años	14,32 años
Condición laboral: tipo de contrato	Estable (contrato fijo 82,3%)	Estable (contrato fijo 87,5%)
Tiempo de trabajo en la unidad	8,51 años	8,03 años
Forma de acceso a la unidad	Voluntaria (60,3%)	Voluntaria (53,7%)
Deseo de cambio de Unidad/servicio	No (80,1%)	No (83,2%)
Turno de trabajo	Rotatorio (46%)	Rotatorio (53,2%)
Número de pacientes a su cargo (*)	Turno de mañana: 9,46 Turno de tarde: 11,02 Turno de noche: 15,64	
Esfuerzo físico que realiza en su trabajo	Moderado-intenso (79,3%)	Moderado-intenso (90,3%)
Realiza formación continuada	Si (78,0%)	Sí (63,4%)
Estado de salud percibido (*)	Bueno (63,2%)	
Miedo a perder trabajo por crisis (*)	No (55,5%)	
La actividad laboral le origina estrés	Si (96,7%). moderado: 60,2%	Si (93,0%). Moderado: 56,8%
El estrés laboral le influye en la salud	Si (96,7%). Bastante: 56,0%	Si (93,6%). Bastante: 54,3%

(*) Valores iguales para ambas categorías profesionales

Tabla 11: Descripción del "perfil tipo" de la muestra del estudio por categoría profesional

4.2. Variables del Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (CPP).

Como ya hemos comentado en el apartado de Material y Métodos, los problemas psicosomáticos han sido medidos mediante el cuestionario CPP de Hock (1988), adaptado por García, et al, (1993). Este cuestionario, continuando con la numeración de las preguntas anteriores, se numera como la pregunta 29 del cuestionario de recogida de datos (anexo 5), y se compone de un listado de 12 preguntas con 6 alternativas de respuesta que van desde "nunca" (valor 1), a "con mucha frecuencia" (valor 6), según responda el encuestado sobre los síntomas o molestias padecidas durante el último año. La puntuación va desde 12 a 72 puntos, según la percepción individual sobre los síntomas referidos en el cuestionario. Puntuaciones altas nos indican mayor respuesta psicosomática, que se corresponde con un mayor nivel de estrés.

Los resultados en cuanto a los valores medios, DE y las puntuaciones totales de los problemas/síntomas psicosomáticos obtenidos en los participantes de nuestro estudio quedan reflejados en la tabla 12.

Problemas/síntomas Psicosomáticos	Media ± DE		Puntuación total
1. Dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche	3,87	1,48	4678
2. Jaquecas y dolores de cabeza	3,42	1,44	4130
3. Indigestiones o molestias gastrointestinales	3,08	1,43	3719
4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento	4,06	1,26	4904
5. Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual	3,04	1,61	3675
6. Disminución del interés sexual	3,09	1,48	3731
7. Respiración entrecortada o sensación de ahogo	2,17	1,34	2625
8. Disminución del apetito	2,19	1,24	2651
9. temblores musculares (tics nerviosos, etc.)	2,06	1,29	2490
10. Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.	3,10	1,56	3747
11. Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	2,98	1,62	3595
12. Tendencia a sudar o palpitaciones	2,64	1,55	3187

Tabla 12. Descripción de los valores medios, DE y puntuación total de los problemas/síntomas psicosomáticos en la muestra total

Los problemas/síntomas psicosomáticos que más repercusión tienen en la muestra de nuestro estudio por el peso de la puntuación obtenida son (figura 47) la "*sensación de cansancio extremo o agotamiento*" (CPP 4); la "*dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche*" (CPP 1); las "*jaquecas y dolores de cabeza*" (CPP 2); los "*pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo*" (CPP 10); y la "*disminución del interés sexual*" (CPP 6). En todos estos problemas, el valor más veces otorgado (moda) ha sido el de 4 puntos sobre 6.

Figura 47. Descripción de la puntuación de los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) en la muestra total

Los resultados nos ponen de manifiesto diferencias que se dan en la comparación de las puntuaciones medias (figura 48) y rangos promedios (anexo 8, tabla 70) de los diferentes problemas o manifestaciones psicosomáticas entre los distintos centros, resultando estas diferencias especialmente significativas (tabla 13) en los problemas psicosomáticos anteriormente descritos como los de mayor peso y puntuación obtenida, a excepción del problema descrito como "pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo" (CPP 10), en el que no se detectan diferencias significativas (χ^2= 20,302; p=0,088). Además de en los problemas psicosomáticos CPP 1, CPP 2, CPP 4 y CPP 6, aparecen diferencias entre los

distintos centros en los problemas psicosomáticos CPP 11 "tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana" (χ^2= 23,310; p=0,038), y CPP 12 "tendencia a sudar o palpitaciones" (χ^2= 29,605; p=0,005).

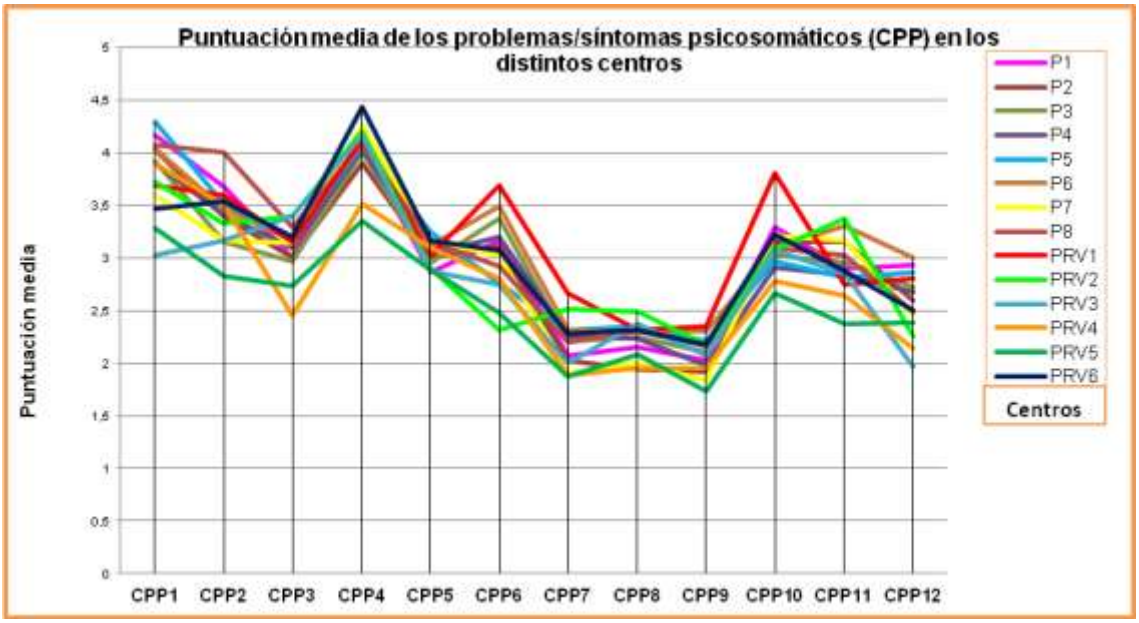


Figura 48: puntuaciones medias de los problemas/síntomas psicosomáticos en los distintos centros participantes

Problemas/síntomas Psicosomáticos (CPP)	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
1- Alteración del sueño	46,084	13	,000
2- Jaqueca	32,795	13	,002
3- Molestias digestivas	22,547	13	,047
4- Agotamiento	42,227	13	,000
5- Tendencia a comer más beber más fumar más	5,983 19,590 20,034	13 13 13	,947 ,106 ,094
6- Disminución del interés sexual	52,442	13	,000
7- Respiración entrecortada o sensación de ahogo	20,583	13	,082
8- Disminución del apetito	20,242	13	,089
9- Temblores musculares (Tics nerviosos, etc.)	17,414	13	,181
10- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	20,302	13	,088
11- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	23,310	13	,038
12- Tendencia a sudar o palpitaciones	29,605	13	,005

Tabla 13: Prueba Kruskal-Wallis para comparar los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) entre los distintos centros participantes en el estudio

Realizada la Prueba Mann-Whitney, para hacer una comparación de los rangos promedio en los problemas psicosomáticos (CPP) entre los centros según su "*titularidad*" (pública o privada), se aprecian diferencias significativas en los problemas psicosomáticos CPP 1, CPP 5b, CPP 6 y CPP 12 (tabla 14), siendo los valores más elevados los valores de los centros de titularidad pública en todos los problemas psicisomáticos definidos.

Problemas/síntomas psicosomáticos (CPP)	Titular	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
1- Alteración del sueño	Público	631,84	114319,000	-4,747	,000
	Privado	524,96			
2- Jaqueca, dolor de cabeza	Público	610,57	133443,000	-1,053	,293
	Privado	586,85			
3- Indigestiones o molestias gastrointestinales	Público	605,55	137953,000	-,182	,856
	Privado	601,45			
4- Sensación de cansancio extremo o agotamiento	Público	610,56	133449,000	-1,064	,287
	Privado	586,87			
5- a) Tendencia a comer más b) Tendencia a fumar más c) Tendencia a beber más	Público	a- 607,94 b- 621,13 c- 600,31	a-135803,500 b-123945,000 c-135125,000	-,596 -2,985 -,735	,551 ,003 ,463
	Privado	a- 594,49 b- 556,12 c- 616,70			
6- Disminución del interés sexual	Público	621,59	123530,000	-2,972	,003
	Privado	554,77			
7- Respiración entrecortada o sensación de ahogo	Público	602,85	137410,000	-,297	,767
	Privado	609,31			
8- Disminución del apetito	Público	599,13	134068,000	-,954	,340
	Privado	620,12			
9- Temblores musculares (Tics nerviosos, etc.)	Público	600,84	135608,000	-,666	,505
	Privado	615,14			
10- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	Público	603,01	137551,500	-,259	,796
	Privado	608,85			
11- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	Público	615,65	128870,000	-1,932	,053
	Privado	572,06			
12- Tendencia a sudar o palpitaciones	Público	622,77	122471,500	-3,197	,001
	Privado	551,35			

Tabla 14: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios de los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) entre los centros de titularidad pública y privada

Para comparar los valores obtenidos y las diferencias en los rangos promedios de los problemas psicosomáticos descritos en el CPP, atendiendo a los modelos de gestión funcional y de los recursos humanos, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias entre los distintos modelos de gestión definidos (tabla 15), que son significativas en los problemas/síntomas psicosomáticos CPP1 (alteraciones del sueño), CPP 6 (disminución del interés sexual) y CPP 12 (tendencia a sudar y

palpitaciones), siendo los valores de rango promedio más elevados en los centros con un modelo de gestión autoritaria, burocrática y vertical (MG 1), y más bajos en los centros cuyo modelo de gestión funcional es más participativo, democrático y con mayor autonomía funcional de los equipos de trabajo y profesionales, con sistemas de comunicación mucho más horizontales y dinámicos (MG 3 y MG 2).

Problemas/síntomas Psicosomáticos (CPP)	Grupos gestión	n	Rango promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
1- Alteración del sueño	MG1	587	635,45	13,172	2	,001
	MG2	272	605,44			
	MG3	349	551,71			
2- Jaqueca, dolor de cabeza	MG1	587	620,30	3,217	2	,200
	MG2	272	575,90			
	MG3	349	600,22			
3- Indigestiones o molestias gastrointestinales	MG1	587	601,19	1,620	2	, 445
	MG2	272	626,74			
	MG3	349	592,73			
4- Sensación de cansancio extremo o agotamiento	MG1	587	607,02	,312	2	,855
	MG2	272	609,76			
	MG3	349	596,16			
5- Tendencia a comer más, beber más y fumar más	MG1	587	598,40 624,22 594,29	,694	2	,707
	MG2	272	601,31 596,62 642,02	4,587	2	,101
	MG3	349	617,25 577,46 592,42	4,320	2	,115
6- Disminución del interés sexual	MG1	587	644,95	16,116	2	,000
	MG2	272	569,51			
	MG3	349	563,73			
7- Respiración entrecortada o sensación de ahogo	MG1	587	617,73	5,114	2	,078
	MG2	272	619,21			
	MG3	349	570,79			
8- Disminución del apetito	MG1	587	603,67	1,850	2	,396
	MG2	272	625,88			
	MG3	349	589,22			
9- Temblores musculares (Tics nerviosos, etc.)	MG1	587	607,51	1,257	2	,533
	MG2	272	617,59			
	MG3	349	589,24			
10- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	MG1	587	615,70	1,286	2	,526
	MG2	272	590,02			
	MG3	349	596,95			
11- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	MG1	587	614,95	1,391	2	,499
	MG2	272	603,50			
	MG3	349	587,70			
12- Tendencia a sudar o palpitaciones	MG1	587	639,12	12,888	2	,002
	MG2	272	586,86			
	MG3	349	560,01			

Tabla 15: Prueba Kruskal-Wallis para comparar los problemas/síntomas psicosomáticos (CPP) entre los modelos de gestión funcional y de recursos humanos de la muestra (MG1, MG2 y MG3)

4.3. Variables del Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach

Para la medición de la frecuencia e intensidad del síndrome de burnout se ha utilizado el cuestionario MBI, instrumento creado y adaptado por Maslach y Jackson (1981a, 1986) que más se ha utilizado para evaluar este síndrome a nivel internacional. En este estudio, como ya se ha definido en el apartado de Material y Métodos, se ha utilizado la versión clásica de 22 ítems para profesionales de la salud (servicios humanos), contrastando los resultados con los baremos y puntuaciones de corte establecidos en estudios similares (tabla 7, página 153).

4.3.1. Características psicométricas del cuestionario MBI

Distintos estudios han adaptado el instrumento MBI-HSS al castellano, respetando su estructura tridimensional o trifactorial (Moreno, et al 1991; Moreno y Oliver, 1992; Oliver, 1993; Gil-Monte, 1994; Gil-Monte y Peiró, 1997; Seisdedos, 1997) y se ha comprobado su validez factorial y consistencia interna, no solo en profesionales de la salud (Grau, 2008), sino en muestras multiocupacionales (Gil-Monte y Peiró, 1999, Olivares, 2009) y muestras de colectivos específicos, como policías (Gil-Monte, 2002), deportistas (Garcés, et al 1995), psicólogos (Meda, et al 2008), etc., por lo que se considera un buen instrumento en la estimación del síndrome de burnout en nuestro contexto sociocultural.

Hemos realizado el análisis de la consistencia interna y de la estructura factorial de los instrumentos utilizados en el cuestionario de nuestro estudio, tanto del MBI a nivel general, como de sus tres dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP).

La fiabilidad del cuestionario se ha analizado calculando su consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente alfa (α) de Cronbach (tabla 16). El MBI total (22 ítems) de los participantes en nuestro estudio nos aporta un

valor alfa (α) de Cronbach de 0,728, valor que globalmente garantiza la fiabilidad del cuestionario. En cuanto al nivel de consistencia interna de las dimensiones del MBI, La dimensión de mayor peso factorial ha sido la de agotamiento emocional (AE) al referir el mayor porcentaje de la varianza del cuestionario MBI, seguida de la despersonalización (D), siendo la realización personal (RP) la escala que menos varianza refiere. Estos niveles de consistencia interna, resultan satisfactorios, a excepción de la despersonalización (D), que obtiene un valor de 0,491, muy próximo al valor de 0,5 (George y Mallery, 1995).

Dimensión	Val. Mín	Val. Máx	Media ± DE		% de la Varianza	alfa de Cronbach
Agotamiento Emocional (AE)	0	53	19,35	10,08	65,328	**0,889**
Despersonalización (D)	0	29	6,73	4,63	19,918	**0,491**
Realización Personal (RE)	5	48	34,57	6,95	14,754	**0,795**
MBI Total	2	104	60,64	12,66		**0,728**

Tabla 16. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad del MBI y de sus dimensiones (AE, D y RP) en la muestra de nuestro estudio

En nuestro estudio, también hemos comprobado la incidencia de ciertos ítems en la consistencia interna del cuestionario. Coincidiendo con otros autores (Grajales, 2000; Grau, 2008), el parámetro de valor más bajo, se ha obtenido para la pregunta (ítem) 15: "*no me preocupa lo que le ocurra a los pacientes a los que tengo que atender profesionalmente*", perteneciente a la escala de despersonalización, cuya eliminación de la dimensión, modificaría el valor del alfa de Cronbach de 0,491 a 0,614. Analizado dicho ítem se aprecia que su planteamiento en negativo, puede dar lugar a confusión de interpretación incidiendo claramente en el resultado. Grajales, (2000), ante la ambigüedad que genera, sugiere la eliminación de este ítem.

Otros ítems son factorialmente ambiguos, influyendo en los valores finales de la dimensión de pertenencia disminuyendo el alfa de Cronbach , en concreto los ítems 12 "me siento muy activa y con vitalidad", y el 18 "me

siento estimulada después de trabajar con mis pacientes", cuya eliminación del cuestionario mejorarían el valor alfa de Cronbach del MBI total de α= 0,728 a α= 0,766, sin embargo, la eliminación de estos ítems no parece mejorar el ajuste del modelo según el análisis factorial confirmatorio.

4.3.2. Prevalencia del síndrome de burnout (SB)

La primera parte del objetivo general y primer objetivo específico de nuestra investigación se orienta a estimar la prevalencia[6] del síndrome de burnout (SB) en los profesionales de enfermería de nuestro estudio, tanto a nivel general, como en los distintos centros que han participado de forma diferenciada y atendiendo a su titularidad pública o privada.

Al realizar el análisis del burnout en sus tres dimensiones (AE, D y RP) en el total de los profesionales participantes en nuestro estudio, encontramos que dichas dimensiones no siguen una distribución normal tomadas en conjunto, sin tener en cuenta los centros.

Los estadísticos descriptivos del MBI Total y de sus tres dimensiones (tabla 13) nos aportan, a nivel de la muestra total, unos valores medios que nos permiten clasificar a los profesionales del estudio con respecto al síndrome de burnout en tres niveles (bajo, medio y alto) en cada una de sus tres dimensiones.

Del análisis descriptivo realizado, la media más elevada dentro de las dimensiones ha sido la obtenida en la dimensión de realización personal (34,57 ± 6,95), seguida de la dimensión agotamiento emocional (19,35 ± 10,08) y tras ellas la dimensión de despersonalización (6,73 ± 4,63).

Los estadísticos descriptivos obtenidos en las dimensiones del MBI en el estudio de Gil-Monte y Peiró (2000) ante una muestra multiprofesional con un número similar de participantes (n= 1188), de la que 568 eran

[6] ***Prevalencia***: Número de profesionales de enfermería que, en base a los valores de referencia de corte empleados en el estudio, pueden ser considerados como casos con síndrome de burnout (SB).

profesionales de enfermería, igualmente, la media más elevada corresponde a la dimensión de realización personal (36,02 ± 7,27), seguida de la dimensión agotamiento emocional (20,39 ± 11,03) y tras ellas la dimensión de despersonalización (6,36 ± 5,34).

Los resultados de nuestro estudio referenciados gráficamente en la figura 49 se deducen de la aplicación de los valores de corte para cada una de las dimensiones del MBI-HSS en la población de la enfermería Española y que se reflejaban en el apartado de "material y métodos" (tabla 7, pág. 153). Según estos valores de corte, puntuaciones iguales o superiores a 25 indican un nivel alto de agotamiento emocional (AE), entre 16 y 24, un nivel medio y por debajo de 16, un nivel bajo.

En la dimensión de despersonalización (D), una puntuación igual o superior a 10, indica un nivel alto, entre 4 y 9, un nivel medio, e igual o inferior a 3, indica un nivel bajo.

En la dimensión de realización personal (RP), una puntuación por debajo de 34, nos indica un nivel elevado para el síndrome de burnout, entre 34 y 39, indicaría un nivel medio, y de 40 o superior, indica nivel bajo en relación con el SB.

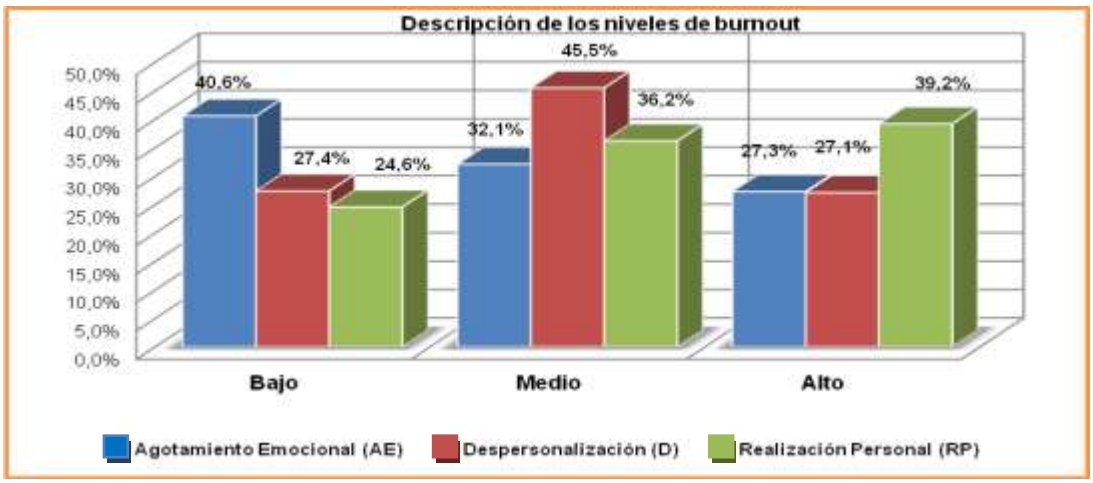


Figura 49: Descripción de los niveles de burnout en cada una de las dimensiones del MBI de los participantes en nuestro estudio

En base a estos valores de referencia y para conocer la prevalencia del SB, hemos realizado un análisis de frecuencias con los datos de los profesionales de enfermería de nuestro estudio para conocer su distribución en los distintos niveles referenciados de las dimensiones del MBI. Los resultados de este análisis nos indican (figura 49):

- En la dimensión de agotamiento emocional, 490 profesionales de nuestro estudio (40,6%) tienen niveles bajos, 388 profesionales (32,1%) tienen niveles medios y 330 profesionales (27,3%) tienen altos niveles de AE.

- En la dimensión despersonalización, 331 profesionales de nuestro estudio (27,4%) tienen niveles bajos, 550 profesionales (45,5%) tienen niveles medios y 327 profesionales (27,1%) tienen altos niveles de D.

- En cuanto a la dimensión de realización personal, que tiene un valor inverso a las anteriores, lo que significa que a valores más elevados menor SB y al contrario, 297 profesionales de la muestra (24,6%) presentan valores altos de RP, lo que supone valores bajos de SB, 437 profesionales (36,2%) presentan valores medios y 474 profesionales (39,2%) tienen valores bajos de RP y, en consecuencia, valores altos de SB.

Considerando los planteamientos realizados por los autores del MBI (Maslach y Jackson, 1981b) que definen el SB como: "*un síndrome caracterizado por: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización* (con desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas para las que se trabaja y con quien se trabaja), *falta de interés y motivación por el trabajo con disminución del sentido de realización personal, pudiendo progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso"* (Maslach y Jackson, 1982), podemos establecer (tabla 17), que el 8,2% de los profesionales que participan en nuestro estudio presentan el síndrome de burnout, al estar alteradas en niveles elevados las tres dimensiones del MBI, con altos valores de agotamiento emocional (AE), altos valores de

despersonalización (D) y bajos valores de realización personal, encontrándose en una situación de alto riesgo un 13,2% de los profesionales del estudio, al presentar valores identificados con alto burnout en dos de las dimensiones del MBI y valores medios en la tercera. El 4,5% de los profesionales presenta dos de las dimensiones del MBI con valores de alto burnout y valores bajos en la tercera.

En la tabla 17 se identifican el resto de datos cualitativos de las dimensiones del MBI con niveles altos de burnout, según los valores de referencia utilizados en una de las tres dimensiones y valores medios o bajos en el resto de dimensiones, hasta el nivel más bajo de burnout, que se identifica en el 7,5% de los profesionales que participan en nuestro estudio y que presentan valores que indican bajo AE, baja D y alta RP.

	Valores cualitativos de las Dimensiones del MBI			(%)	Frecuencia
	AE	D	RP		
Síndrome de Burnout +	ALTO	ALTA	BAJA	8,2%	99
	ALTO	ALTA	MEDIA	4,1%	50
	ALTO	MEDIA	BAJA	4,6%	56
	MEDIO	ALTA	BAJA	4,5%	54
	ALTO	ALTA	ALTA	1,0%	12
	ALTO	BAJA	BAJA	0,9%	11
	BAJO	ALTA	BAJA	2,6%	32
	ALTO	MEDIA	MEDIA	4,6%	55
	MEDIO	ALTA	MEDIA	1,7%	20
	MEDIO	MEDIA	BAJA	6.9%	83
	ALTO	MEDIA	ALTA	0,7%	9
	MEDIO	ALTA	ALTA	1.4%	17
	MEDIO	BAJA	BAJA	1,6%	19
	ALTO	BAJA	MEDIA	1,4%	17
	BAJO	MEDIA	BAJA	6,0%	72
	BAJO	ALTA	MEDIA	2,2%	26
	ALTO	BAJA	ALTA	1,7%	21
	BAJO	ALTA	ALTA	1,4%	17
	BAJO	BAJA	BAJA	4,0%	48
	MEDIO	MEDIA	MEDIA	7,3%	88
	MEDIO	MEDIA	BAJA	3,4%	41
	MEDIO	BAJA	MEDIA	2,9%	35
	BAJO	MEDIA	MEDIA	7,3%	88
	MEDIO	BAJA	ALTA	2,6%	31
	BAJO	MEDIA	ALTA	4,8%	58
	BAJO	BAJA	MEDIA	4,8%	58
Síndrome de Burnout -	BAJO	BAJA	ALTA	7,5%	91
				100,0%	1208

Tabla 17: Frecuencias y porcentajes de los valores cualitativos de las tres dimensiones del MBI para establecer la prevalencia del SB

4.3.3. Síndrome de burnout de los centros participantes en nuestro estudio.

Para realizar la valoración de los niveles de MBI total y de sus dimensiones por centros y adecuar el análisis estadístico más apropiado, observamos que casi ningún centro sigue una distribución normal (tabla18). Tampoco existe una distribución normal cuando se considera la titularidad de los centros (pública o privada) para las mismas variables. Realizada prueba de normalidad (K-S), en el caso de los centros de titularidad pública se obtuvo una realización de 0,068 (p<0,001), mientras que en los de titularidad privada la realización fue de 0,076 (p<0,001).

	CENTRO	Pruebas de normalidad		
		Estadístico	gl	Significación
MBI Total	P1	,058 (a)	113	,200(*)
	P2	,082(a)	160	,011
	P3	,062(a)	107	,200(*)
	P4	,077(a)	141	,040
	P5	,114(a)	80	,013
	P6	,062(a)	128	,200(*)
	P7	,116(a)	105	,001
	P8	,111(a)	65	,044
	PRV1	,979(b)	45	,581
	PRV2	,911(b)	45	,002
	PRV3	,968(b)	40	,303
	PRV4	,965(b)	42	,222
	PRV5	,103(a)	56	,200(*)
	PRV6	,083(a)	81	,200(*)

(*) Este es un límite inferior de la significación verdadera.
(a) Prueba de Kolmogorov-Smirnov. Corrección de la significación de Lilliefors
(b) Prueba de Shapiro-Wilk

Tabla 18: Pruebas de normalidad para los centros.

Para comparar los resultados del MBI por "centros", hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias significativas entre los centros en las dimensiones D, RP y MBI Total, y no en la dimensión de AE (tabla 19).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	15,309	13	,288
Despersonalización (D)	57,181	13	,000
Realización Personal (RP)	66,625	13	,000
MBI TOTAL	37,344	13	,000

Tabla 19: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones entre los distintos centros participantes en el estudio

4.3.3.1. Síndrome de burnout según la titularidad del centro

Para la comparación del MBI total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada, hemos utilizado el test de Mann-Whitney que demuestra diferencias significativas en todas las dimensiones (tabla 20).

DIMENSIONES MBI	Titularidad	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	PUBLICO	899	618,90	125947,500	-2,449	,014
	PRIVADO	309	562,60			
Despersonalización (D)	PUBLICO	899	628,00	117767,000	-4,003	,000
	PRIVADO	309	536,12			
Realización Personal (RP)	PUBLICO	899	573,52	111042,500	-5,271	,000
	PRIVADO	309	694,64			
MBI TOTAL	PUBLICO	899	630,87	115188,500	-4,482	,000
	PRIVADO	309	527,78			

Tabla 20 : Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad pública y privada

Los centros de titularidad pública presentan unos valores medios (figura 50) para el agotamieno emocional (AE) de 19,75 ± 10,17, para la despersonalización (D) de 7,02 ± 4,63, para la realización personal (RP) de 33,97 ± 7,02 y para el MBI total de 40,8 ± 16,27.

Los centros de titularidad privada presentan unos valores medios para el agotamieno emocional (AE) de 18,17 ± 9,73, para la despersonalización (D) de 5,90 ± 4,53, para la realización personal (RP) de 36,32 ± 6,44 y para el MBI total de 35,75 ± 15,31.

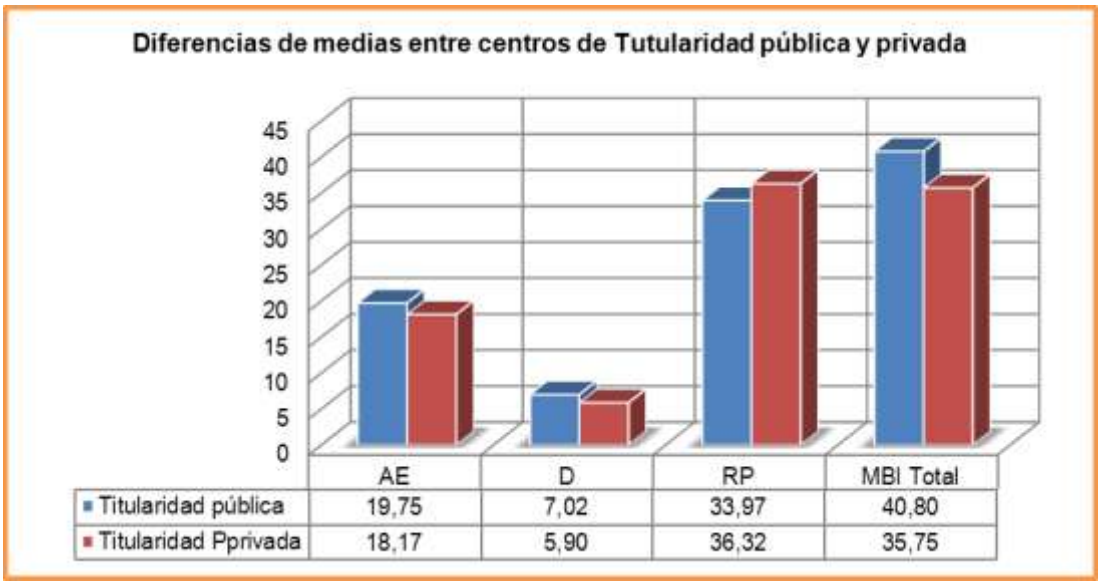


Figura 50: Comparación de las medias del MBI Total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad pública y privada de nuestro estudio

Analizando las diferencias de los centros de titularidad pública entre sí mediante la prueba de Kruskal-Wallis, hemos obtenido diferencias significativas entre los centros de titularidad pública en las dimensiones D y RP y no así en las dimensiones AE y MBI Total (tabla 21).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	6,980	7	,431
Despersonalización (D)	17,758	7	,013
Realización Personal (RP)	19,765	7	,006
MBI TOTAL	12,389	7	,088

Tabla 21: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad pública de nuestro estudio

Realizando el análisis comparativo de los centros de titularidad privada entre sí, al igual que en los centros de titularidad pública, hemos obtenido diferencias en las dimensiones D y RP y no en las dimensiones AE y MBI Total (tabla 22).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	2,429	5	,787
Despersonalización (D)	22,904	5	,000
Realización Personal (RP)	21,562	5	,001
MBI TOTAL	5,856	5	,320

Tabla 22 : Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones entre los centros de titularidad privada de nuestro estudio

4.3.3.2. Síndrome de burnout según el modelo de gestión funcional del centro

Para la comparación del MBI total entre los centros según su modelo de gestión funcional y de los recursos humanos, hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis, que muestra diferencias significativas. Como se aprecia en la tabla 23, son más elevados los rangos promedios para centros con un modelo de gestión autoritaria, burocrática, vertical, y centrado en las tareas (MG1)

Dimensiones MBI	Modelos de gestión	n	Rango promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI TOTAL	MG1	587	650,86	20,317	2	,000
	MG2	272	554,65			
	MG3	349	565,38			

Tabla 23: Prueba Kruskal-Wallis para comparar el MBI Total entre los modelos de gestión funcional.

En cuanto a las dimensiones que analiza el MBI, se encuentran diferencias significativas en despersonalización (D) y realización personal (RP). En el caso de la despersonalización los rangos promedio para los centros con un modelo de gestión autoritaria, burocrática, vertical y centrado en las tareas (MG1) son más altos, siendo menores en el caso de la realización personal (tabla 24).

Dimensiones MBI	Modelos de gestión	n	Rango promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	MG1	587	624,18	3,674	2	,159
	MG2	272	588,95			
	MG3	349	583,52			
Despersonalización (D)	MG1	587	657,84	28,293	2	,000
	MG2	272	573,25			
	MG3	349	539,13			
Realización Personal (RP)	MG1	587	552,66	28,281	2	, 000
	MG2	272	680,99			
	MG3	349	632,08			

Tabla 24: Prueba Kruskal-Wallis para comparar las dimensiones del MBI entre los modelos de gestión funcional.

Esta misma relación de valores vinculados a los distintos modelos de gestión funcional se aprecia en el análisis de la media y la DE (tabla 25).

Dimensiones MBI	Modelos de gestión	Media ± DE	
Agotamiento Emocional (AE)	MG1	19,82	10,02
	MG2	18,70	9,27
	MG3	19,05	10,75
Despersonalización (D)	MG1	7,39	4,63
	MG2	6,41	4,73
	MG3	5,87	4,39
Realización Personal (RP)	MG1	33,39	7,13
	MG2	36,18	6,24
	MG3	35,12	6,87
MBI TOTAL	MG1	41,72	16,27
	MG2	36,93	14,60
	MG3	37,80	17,02

Tabla 25: Estadísticos descriptivos del MBI total y de sus dimensiones (AE, D y RP) según los modelos de gestión funcional

4.3.4. Síndrome de burnout y variables sociodemográficas y laborales

Con el fin de conocer las relaciones del Síndrome de burnout con las distintas variables sociodemográficas y laborales, argumento definido en la segunda parte del primer objetivo específico de nuestro estudio, describimos los resultados que al respecto hemos obtenido tras el tratamiento estadístico de los datos de los profesionales de enfermería participantes.

4.3.4.1. Síndrome de burnout - Sexo.

Con respecto a la variable "sexo", la comparación de rangos intermedios (prueba de Mann-Whitney) del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales del sexo femenino y masculino (tabla 26) no ofrecen diferencias estadísticamente significativas.

DIMENSIONES MBI	Sexo	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	MUJER	1121	607,64	45241,000	-1,124	,261
	HOMBRE	87	564,01			
Despersonalización (D)	MUJER	1121	604,45	48711,000	-,017	,987
	HOMBRE	87	605,10			
Realización Personal (RP)	MUJER	1121	607,91	44943,500	-1,220	,222
	HOMBRE	87	560,59			
MBI TOTAL	MUJER	1121	605,52	47617,000	-,366	,714
	HOMBRE	87	591,32			

Tabla 26 : Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre los profesionales de sexo femenino y masculino de nuestro estudio

Las mujeres en nuestro estudio presentan unos valores medios (figura 51) para el agotamieno emocional (AE) de 19,43 ± 10,09, para la despersonalización (D) de 6,73 ± 4,62, para la realización personal (RP) de 34,64 ± 6,96 y para el MBI total de 39,55 ± 16,05.

Los hombres presentan unos valores medios para el agotamieno emocional (AE) de 18,22 ± 9,90, para la despersonalización (D) de

6,76 ± 4,71, para la realización personal (RP) de 33,93 ± 6,72 y para el MBI total de 39,05 ± 17,82.

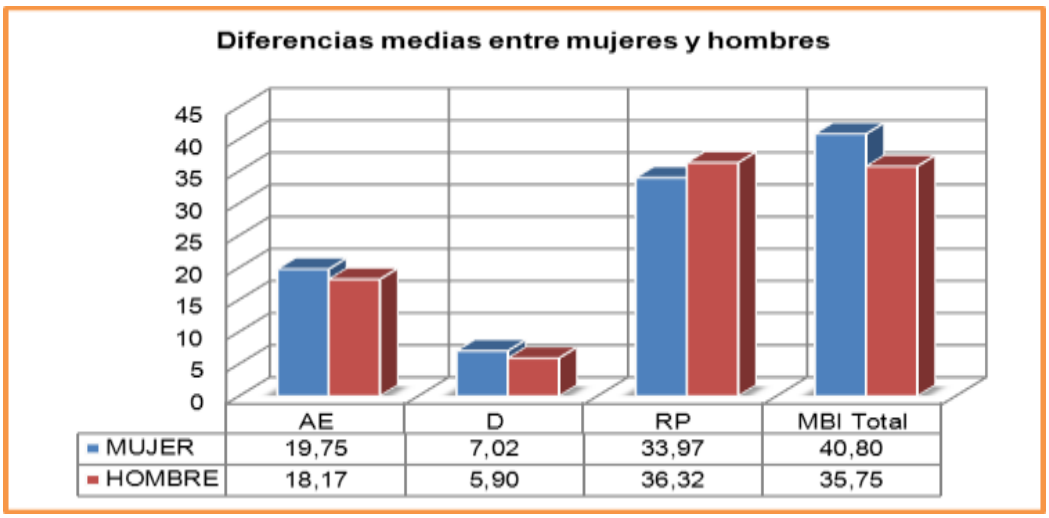


Figura 51: Comparación de las medias del MBI Total y de sus dimensiones entre las mujeres y los hombres de nuestro estudio

4.3.4.2. Síndrome de burnout - edad.

Con respecto a la variable "Edad", hemos aglutinado los 45 rangos en tres grupos de edad: "grupo 1" de 21 a 35 años, "grupo 2" de 36 a 50 años y "grupo 3" de 51 a 65 años.

Para valorar las diferencias en los tres grupos de edad hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias significativas entre los grupos de edad en las dimensiones D, RP y MBI Total, y no en la dimensión de AE (tabla 27).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	3,354	2	,187
Despersonalización (D)	11,726	2	,003
Realización Personal (RP)	15,788	2	,000
MBI TOTAL	13,017	2	,001

Tabla 27: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones entre los distintos grupos de edad de la muestra.

El grupo de edad 2 (de 36 a 50 años), mantiene los valores medios (media y rangos promedios) más elevados en las dimensiones MBI Total, AE y los valores más bajos de RP. El grupo de edad 1 (de 21 a 35 años), es el que tiene valores más bajos en las dimensiones MBI total, AE y D, y valores más elevados de RP. El grupo de edad 3 (de 51 a 65 años), tiene la media y rango promedio más elevado de D, estando en una situación intermedia en el resto de dimensiones (figura 52 y tabla 71 del anexo 8).

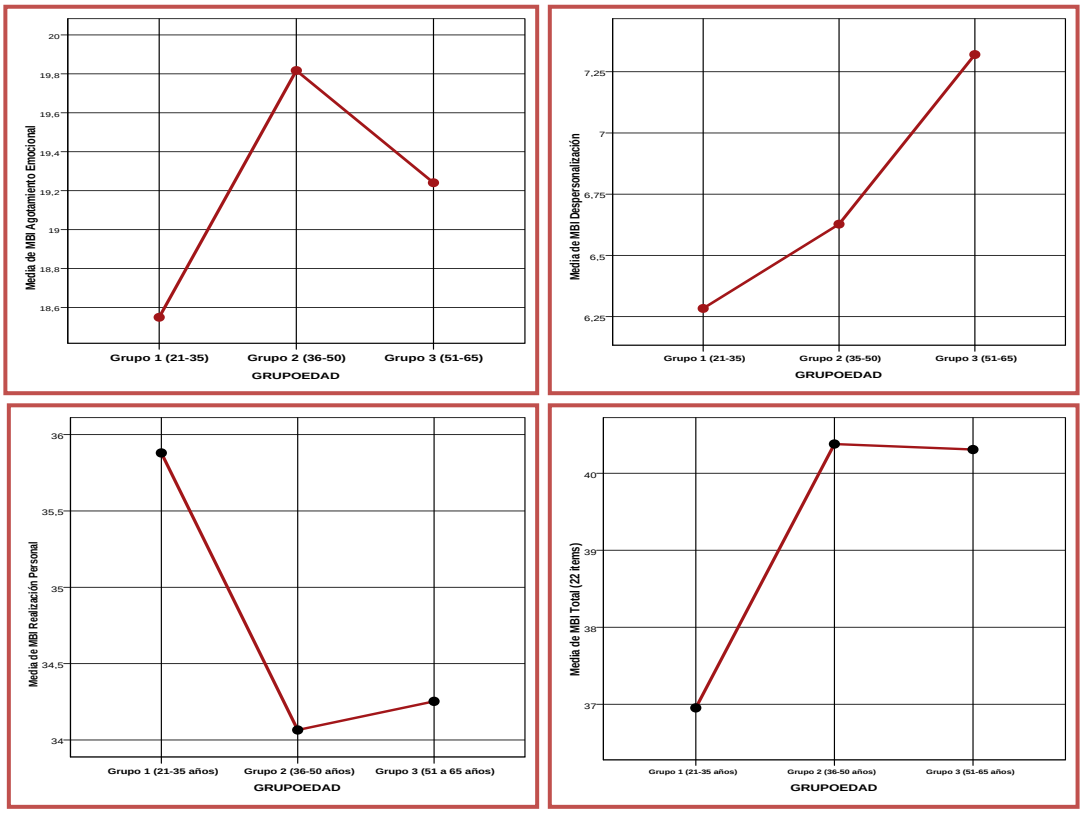


Figura 52: Gráficos de medias del MBI total y de sus dimensiones en los grupos de edad de la muestra de nuestro estudio

4.3.4.3. Síndrome de burnout - Estado civil

Con respecto a la variable "estado civil", la comparación de rangos intermedios (prueba de Kruskal-Wallis) del MBI total y de sus dimensiones del MBI entre los profesionales de las distintas opciones (soltera, casada -

pareja estable, separada, viuda), no ofrecen diferencias estadísticamente significativas (tabla 28).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	,545	3	,909
Despersonalización (D)	4,028	3	,258
Realización Personal (RP)	2,447	3	,485
MBI TOTAL	1,481	3	,687

Tabla 28: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones entre las opciones de estado civil de los participantes en nuestro estudio.

En la figura 53 se representan los valores medios del MBI total y de sus dimensiones de los profesionales de enfermería de nuestro estudio según su estado civil. Sin existir diferencias significativas, en la dimensión agotamiento emocional (AE) representa los valores de media más elevados, el estado de "viuda" (20,43 ± 11,63), en la dimensión de despersonalización (D), los valores de media más elevados los tiene el estado de "soltera" (7,03 ± 5.01), en la dimensión de realización personal, los valores más bajos los tiene el estado de "casada" (34,49 ± 7,01) y en el MBI Total, el valor medio más elevado lo tiene la situación de "soltera" (39,83 ± 17,15).

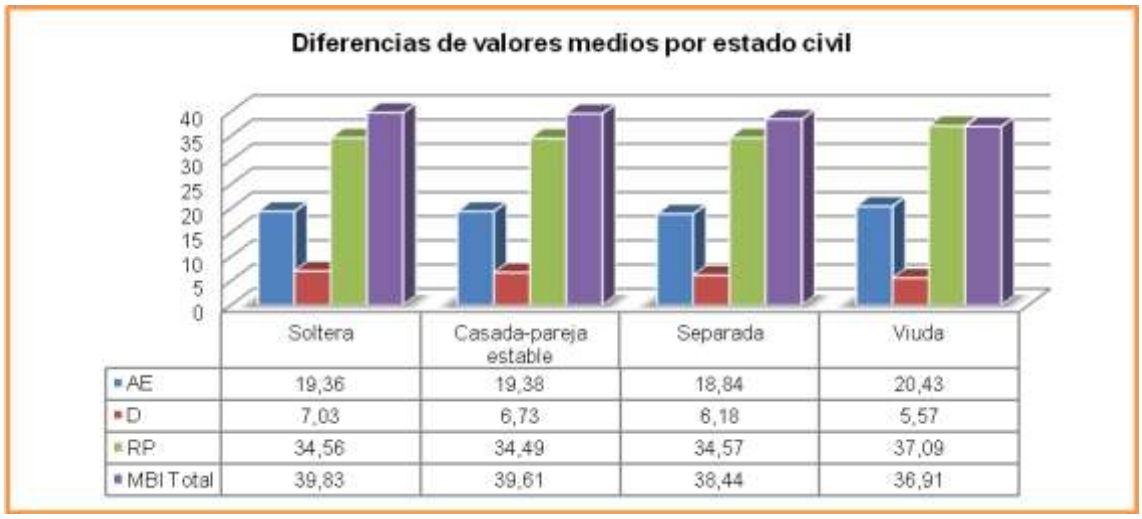


Figura 53: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por estado civil de los profesionales de nuestro estudio

4.3.4.4. Síndrome de burnout - Categoría profesional

Con respecto a la variable "Categoría profesional", la comparación de rangos intermedios (prueba de Mann-Whitney) de las dimensiones del MBI entre las enfermeras y TCAE (tabla 29), no ofrecen diferencias estadísticamente significativas

DIMENSIONES MBI	Categoría profesional	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	ENFERMERA	703	611,86	172330,000	-,866	,386
	TCAE	505	594,25			
Despersonalización (D)	ENFERMERA	703	598,85	173535,000	-,666	,506
	TCAE	505	612,37			
Realización Personal (RP)	ENFERMERA	703	589,70	167102,500	-1,742	,082
	TCAE	505	625,10			
MBI TOTAL	ENFERMERA	703	612,29	172034,000	-,915	,360
	TCAE	505	593,66			

Tabla 29 : Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre las categorías profesionales de nuestro estudio (enfermera y TCAE)

En la figura 54 se representan los valores medios del MBI total y de sus dimensiones de los profesionales de enfermería de nuestro estudio según su Categoría profesional. Sin existir diferencias significativas, en la dimensión agotamiento emocional (AE) representa los valores de media más elevados la categoría "enfermera" (19,52 ± 9,89).

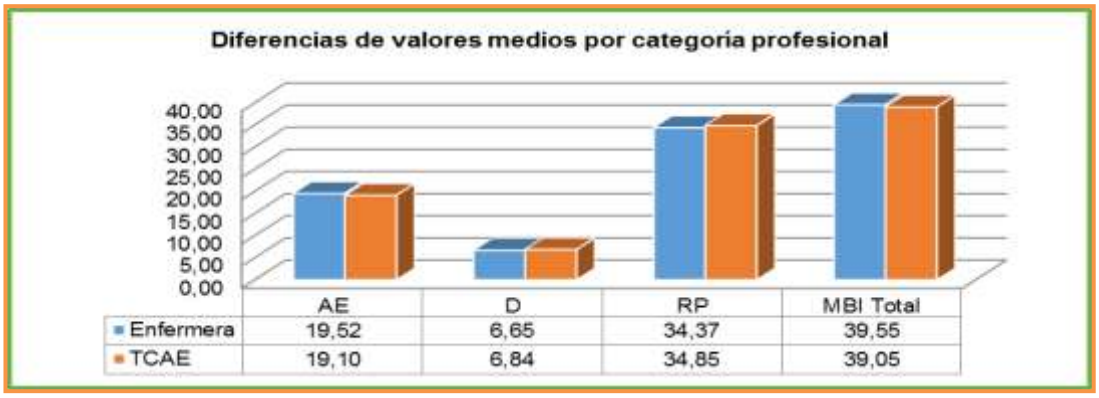


Figura 54: Valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por categoría profesional de los participantes en nuestro estudio

En la dimensión de despersonalización (D), los valores de media más elevados los tiene la categoría "TCAE" (6,84 ± 4,73), en la dimensión de realización personal, los valores más bajos los tiene de nuevo la categoría "enfermera" (34,37 ± 6,56) al igual que en el MBI Total (39,83 ± 17,15).

4.3.4.5. Síndrome de burnout - Condición laboral

En esta variable, a fin de facilitar la medición, hemos considerado dos alternativas, la de puesto "fijo" o "eventual" de trabajo. En la alternativa de puesto fijo, hemos incluido los tipos de contratación de funcionario, estatutario y laboral fijo, y en la alternativa de puesto eventual, las opciones de interino, contratado eventual y otros.

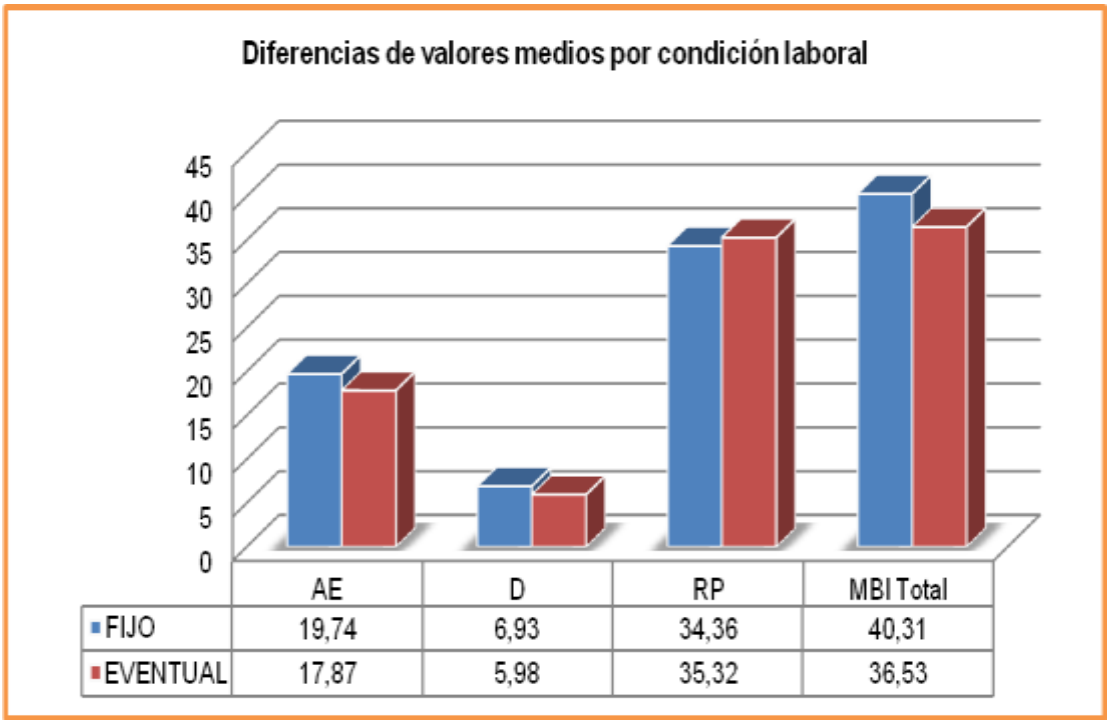
La comparación de rangos promedios (prueba de Mann-Whitney) del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio con contrato fijo o eventual (tabla 30 y tabla 72 del anexo 8), nos aportan diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones AE, D y MBI Total, y no significativas en la dimensión RP.

DIMENSIONES MBI	Condición laboral	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	FIJO	951	619,58	107866,000	-2,891	,004
	EVENTUAL	257	548,71			
Despersonalización (D)	FIJO	951	619,59	107854,000	-2,899	,004
	EVENTUAL	257	548,67			
Realización Personal (RP)	FIJO	951	594,76	112945,500	-1,868	,062
	EVENTUAL	257	640,52			
MBI TOTAL	FIJO	951	624,37	103303,500	-3,810	,000
	EVENTUAL	257	530,96			

Tabla 30: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio con contrato fijo o eventual

En la figura 55 se representan los valores medios del MBI total y de sus dimensiones de los profesionales de enfermería de nuestro estudio según su condición laboral.

En la dimensión agotamiento emocional (AE) representa los valores de media más elevados condición laboral de "fijo" (19,74 ± 10,08). En la dimensión de despersonalización (D), los valores de media más elevados los tiene igualmente la condición laboral de "fijo" (6,93 ± 4.67), en la dimensión de realización personal, los valores más bajos los tiene de nuevo la condición laboral de "fijo" (34,36 ± 6,96) al igual que en el MBI Total (40,31 ± 15,96).



	AE	D	RP	MBI Total
FIJO	19,74	6,93	34,36	40,31
EVENTUAL	17,87	5,98	35,32	36,53

Figura 55: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por la condición laboral de los participantes en nuestro estudio

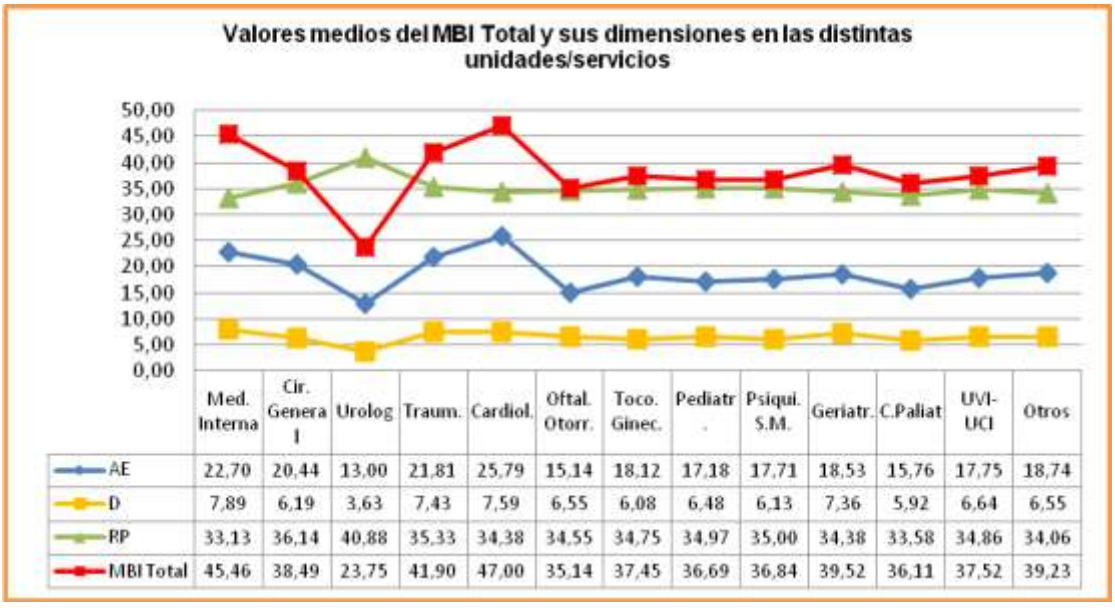
4.3.4.6. Síndrome de burnout - Unidad/servicio de trabajo

Para valorar los resultados de la existencia o no de diferencias en los profesionales de nuestro estudio en base a su unidad/servicio de trabajo, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias significativas en el MBI total y en sus dimensiones AE, D y RP (tabla 31).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	70,506	12	,000
Despersonalización (D)	31,217	12	,002
Realización Personal (RP)	28,192	12	,005
MBI TOTAL	59,244	12	,000

Tabla 31: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones por unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio

En la figura 56 se representan los valores medios del MBI total y de sus dimensiones de los profesionales de enfermería de nuestro estudio de las distintas unidades y servicios donde desarrollan su actividad.



	Med. Interna	Cir. General	Urolog	Traum.	Cardiol.	Oftal. Otorr.	Toco. Ginec.	Pediatr.	Psiqui. S.M.	Geriatr.	C.Paliat	UVI-UCI	Otros
AE	22,70	20,44	13,00	21,81	25,79	15,14	18,12	17,18	17,71	18,53	15,76	17,75	18,74
D	7,89	6,19	3,63	7,43	7,59	6,55	6,08	6,48	6,13	7,36	5,92	6,64	6,55
RP	33,13	36,14	40,88	35,33	34,38	34,55	34,75	34,97	35,00	34,38	33,58	34,86	34,06
MBI Total	45,46	38,49	23,75	41,90	47,00	35,14	37,45	36,69	36,84	39,52	36,11	37,52	39,23

Figura 56: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio

Destacan con mayores valores medios en la dimensión AE las unidades/servicios de cardiología (25,79 ± 8,24), medicina interna (22,20 ± 10,83) y traumatología (21,81 ± 9,33). En la dimensión D los valores medios más elevados los tienen las unidades de medicina interna (7,89 ± 4,87), cardiología (7,59 ± 4,05) y traumatología (7,43 ± 3,72). En la dimensión RP obtienen los valores medios más bajos las unidades de medicina interna

(33,13 ± 7,33), cuidados paliativos (33,58 ± 7,83) y las unidades de cardiología (34, 38 ± 6,69) y de geriatría (34, 38 ± 6,42). En cuanto a los valores de MBI Total, los valores medios más elevados los vuelven a tener las unidades/servicios de cardiología (47,00 ± 12,07), medicina interna (45,46 ± 17,40) y traumatología (41,90 ± 14,89).

Estas unidades se posicionan exactamente en el mismo orden si consideramos los rangos promedios de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (Anexo 8, tabla 73).

4.3.4.7. Síndrome de burnout - Asignación a la unidad/servicio

En cuanto a la influencia que puede tener la asignación a la unidad de forma obligatoria o por acceso voluntario en el nivel de tensión, estrés y burnout, hemos realizado la comparación de rangos promedios a estas dos opciones con el test de Mann-Whitney, obteniendo valores estadísticamente significativos en las dimensiones MBI Total y AE, y no así en las dimensiones D y RP (tabla 32).

DIMENSIONES MBI	Asignación a unid/servicio	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	Voluntaria	695	624,35	164472,500	-2,303	,021
	Obligatoria	513	577,61			
Despersonalización (D)	Voluntaria	695	617,56	169187,500	-1,519	,129
	Obligatoria	513	586,80			
Realización Personal (RP)	Voluntaria	695	588,02	166816,500	-1,913	,056
	Obligatoria	513	626,82			
MBI TOTAL	Voluntaria	695	631,07	159804,000	-3,081	,002
	Obligatoria	513	568,51			

Tabla 32: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio por su asignación a la unidad/servicio (obligatoria o voluntaria)

Los valores medios de las dimensiones MBI total, AE y D son más elevados en el grupo de profesionales de acceso voluntario a la unidad/servicio de trabajo (n=695) que en el grupo de profesionales de

asignación obligatoria (n=513), sucediendo lo contrario con la dimensión RP (figura 57).

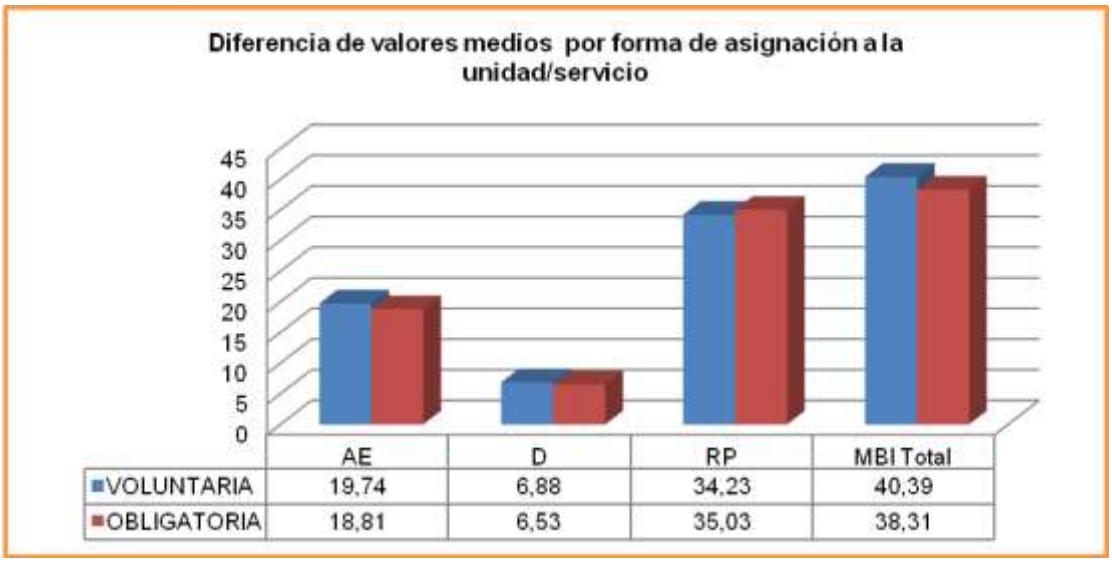


Figura 57: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por la forma de acceso a las unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio

4.3.4.8. Síndrome de burnout - Turno de trabajo

Tras comparar los rangos promedios para medir la existencia o no de diferencias en base al "turno de trabajo" que hacen los profesionales que participan en nuestro estudio mediante la prueba de Kruskal-Wallis, hemos obtenido diferencias significativas en el MBI total y en la dimensión D no apareciendo diferencias significativas en las dimensiones AE y RP (tabla 33).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	7,462	6	,280
Despersonalización (D)	15,132	6	,019
Realización Personal (RP)	8,250	6	,220
MBI TOTAL	12,811	6	,046

Tabla 33: Prueba Kruskal-Wallis: Comparación de rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones según el turno de trabajo

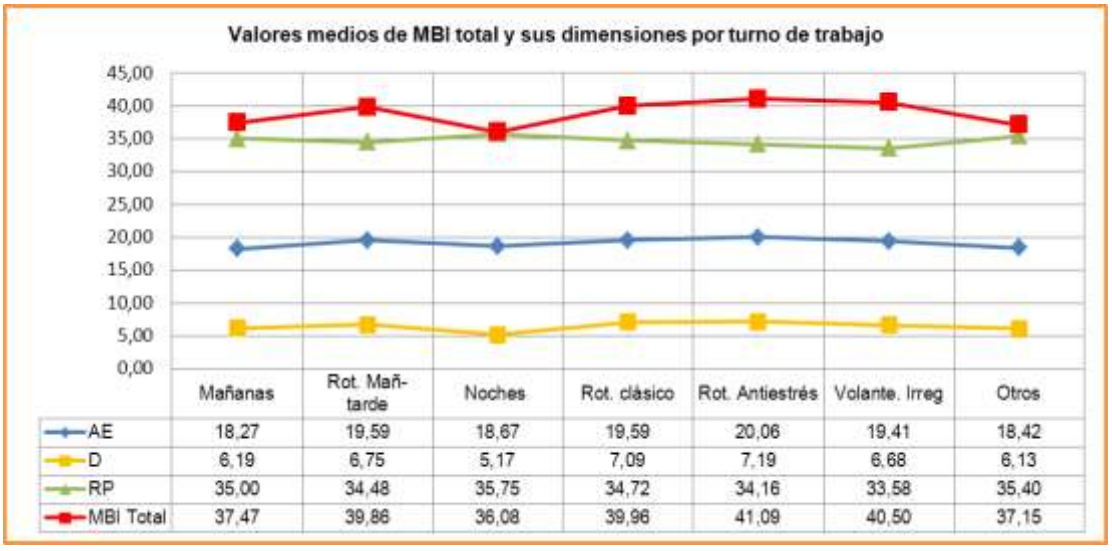
En la figura 58 se representan gráficamente los valores medios del MBI total y de sus dimensiones de los profesionales de enfermería de nuestro estudio según los distintos turnos de trabajo que realizan.

Destacan con mayores valores en la dimensión AE los turnos rotatorios por el siguiente orden: el rotatorio anti estrés 20,06 ± 10,38, el rotatorio clásico 19,59 ± 10,41 y el rotatorio de mañana-tarde 19,59 ± 10,01.

En la dimensión D, los valores medios más elevados los tienen de nuevo lo turnos rotatorios con los valores siguientes: el rotatorio anti estrés 7,19 ± 4,63, el rotatorio clásico 7,09 ± 4,63 y el rotatorio de mañana-tarde 6,75 ± 3,72.

En la dimensión RP, obtienen los valores medios más bajos el turno volante-irregular (33,58 ± 6,48), tras éste se sitúa el rotatorio anti estrés (34,16 ± 7,11) y el rotatorio de mañana-tarde (34, 48 ± 7,57).

En cuanto a los valores de MBI Total, los valores medios más elevados los lideran el turno rotatorio anti estrés (41,09 ± 16,50), seguido del turno volante-irregular (40,50 ± 16,55) y el rotatorio clásico (39,96 ± 16,38).



	Mañanas	Rot. Mañ-tarde	Noches	Rot. clásico	Rot. Antiestrés	Volante. Irreg	Otros
AE	18,27	19,59	18,67	19,59	20,06	19,41	18,42
D	6,19	6,75	5,17	7,09	7,19	6,68	6,13
RP	35,00	34,48	35,75	34,72	34,16	33,58	35,40
MBI Total	37,47	39,86	36,08	39,96	41,09	40,50	37,15

Figura 58: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por turno de trabajo de los profesionales de nuestro estudio

4.3.4.9. Síndrome de burnout - Nº de profesionales por turnos (mañana, tarde y noche)

Para conocer cómo afecta la asignación del número de profesionales que desarrollan su actividad en las distintas unidades/servicios de trabajo en los distintos turnos (mañana, tarde y noche), argumento fundamental junto con el número de pacientes de la unidad/servicio para valorar la "relación" o "ratio" de enfermera/paciente, hemos realizado la comparación de rangos promedios con la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo valores significativos (Chi-Cuadrado: 8,783; p=0,032) solamente en la dimensión de agotamiento emocional (AE) en el turno de tarde (tabla 34).

DIMENSIONES MBI	Turno de mañana		Turno de tarde		Turno de noche	
	(χ^2)	Significación	(χ^2)	Significación	(χ^2)	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	5,808	,121	8,783	,032	3,388	,336
Despersonalización (D)	1,992	,574	6,252	,100	1,691	,639
Realización Personal (RP)	4,885	,180	3,024	,388	6,380	,095
MBI TOTAL	4,478	,214	6,376	,095	,181	,981

Tabla 34: Prueba Kruskal-Wallis:comparación de rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones según el número de profesionales en la unidad/servicio en los diferentes turnos de trabajo

Los valores medios de profesionales por turno de trabajo, categoría profesional y unidad/servicio en el total de la muestra es: para el turno de mañana 2,74 ± 0,83, para el turno de tarde 2,34 ± 0,86 y para el turno de noche 1,76 ± 0,83.

4.3.4.10. Síndrome de burnout - Esfuerzo físico del trabajo diario

Hemos comparado los rangos promedios mediante la prueba de Kruskal-Wallis para medir la existencia o no de diferencias en el MBI total y sus dimensiones (AE. D y RP) en base al "Esfuerzo físico" que les supone a los

profesionales que participan en nuestro estudio el desarrollo de la actividad diaria. Hemos obtenido diferencias significativas en el MBI total y en las dimensiones agotamiento personal y despersonalización, no existiendo significación en la realización personal (tabla 35).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	90,327	3	,000
Despersonalización (D)	17,261	3	,001
Realización Personal (RP)	3,462	3	,326
MBI TOTAL	39,120	3	,000

Tabla 35: Prueba Kruskal-Wallis: Comparación de rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones según el esfuerzo físico del trabajo

Hemos realizado el análisis de las distintas opciones de respuesta sobre el esfuerzo que requiere la actividad diaria con el test de Mann-Whitney, identificando que las mayores diferencias en cuanto a la significación se da entre las opciones "ligero" e "intenso" esfuerzo (tabla 36).

	ESFUERZO	POCO	LIGERO	MODERADO
MBI Total (22 ítems)	LIGERO	Z -,865 Sig.= 0 ,387		
	MODERADO	Z -,214 Sig.= 0 ,831	Z -2,787 Sig.= 0 ,005	
	INTENSO	Z -1,610 Sig.= 0 ,107	Z -5,699 Sig.= 0 ,000	Z -4,624 Sig.= 0 ,000
MBI Agotamiento Emocional (AE)	LIGERO	Z -,680 Sig.= 0 ,497		
	MODERADO	Z -1,271 Sig.= 0 ,204	Z -4,398 Sig.= 0 ,000	
	INTENSO	Z -3,424 Sig.= 0 ,001	Z -8,532 Sig.= 0 ,000	Z -6,811 Sig.= 0 ,000
.-MBI Despersonalización (D)	LIGERO	Z -,794 Sig.= 0 ,427		
	MODERADO	Z -,095 Sig.= 0 ,925	Z -1,614 Sig.= 0 ,106	
	INTENSO	Z -1,005 Sig.= 0 , 315	Z -3,675 Sig.= 0 ,000	Z -3,245 Sig.= 0 ,001

Sig.=significación

Tabla 36: Prueba Mann-Whitney: para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones según las distintas opciones del esfuerzo físico del trabajo

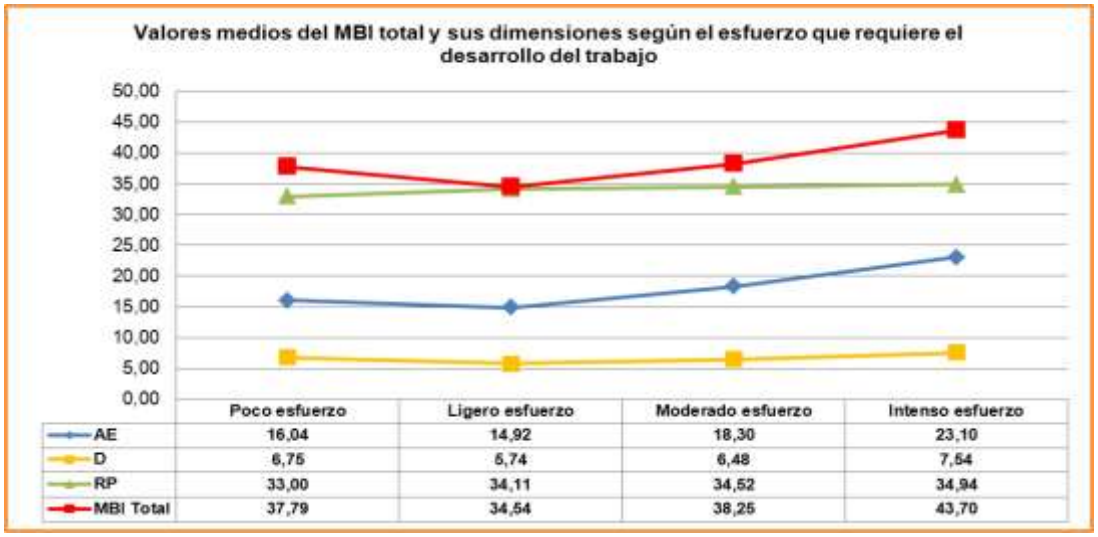
En la figura 59 se representan gráficamente los valores medios del MBI total y de sus dimensiones de los profesionales de enfermería de nuestro estudio según las distintas opciones de esfuerzo físico del trabajo.

Destacan con mayores valores medios en la dimensión AE el "intenso esfuerzo" (23,10 ± 11,13), el "moderado esfuerzo" (18,30 ± 9,17), seguido de "poco esfuerzo" (16,04 ± 8,84) y, por último, el "ligero esfuerzo" (14,92 ± 7,78).

En la dimensión D, los valores medios más elevados los tienen el "intenso esfuerzo" (7,54 ± 5,01), el "poco esfuerzo" (6,75 ± 4,71), seguido de "moderado esfuerzo" (6,48 ± 4,47) y el "ligero esfuerzo" (5,74 ± 3,96).

En la dimensión RP, obtienen los valores medios más bajos el "poco esfuerzo" (33,00 ± 8,24), el "ligero esfuerzo" (34,11 ± 6,90), seguido de "moderado esfuerzo" (34,52 ± 6,74) y el "intenso esfuerzo" (34,94 ± 7,19).

En cuanto a los valores de MBI Total, los valores medios más elevados los lideran el "intenso esfuerzo" (43,70 ± 17,71), el "moderado esfuerzo" (38,25 ± 15,24), seguido de "poco esfuerzo" (37,79 ± 16,24) y, por último, el "ligero esfuerzo" (34,54 ± 13,34).



	Poco esfuerzo	Ligero esfuerzo	Moderado esfuerzo	Intenso esfuerzo
AE	16,04	14,92	18,30	23,10
D	6,75	5,74	6,48	7,54
RP	33,00	34,11	34,52	34,94
MBI Total	37,79	34,54	38,25	43,70

Figura 59: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP por el esfuerzo que requiere el desarrollo del trabajo de los profesionales de nuestro estudio

4.3.4.11. Síndrome de burnout - Realización de formación continua

En cuanto a la influencia que puede tener la realización de formación en el nivel de tensión, estrés y burnout, hemos realizado la comparación de rangos promedios a estas dos opciones con el test de Mann-Whitney, obteniendo valores estadísticamente significativos en la dimensión AE, y no así, en las dimensiones D, RP y MBI total (tabla 37).

DIMENSIONES MBI	Realiza formación	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	NO	340	646,78	133186,000	-2,638	,008
	SI	868	587,94			
Despersonalización (D)	NO	340	618,61	142762,500	-,882	,378
	SI	868	598,97			
Realización Personal (RP)	NO	340	614,94	166816,500	-,651	,515
	SI	868	600,41			
MBI TOTAL	NO	340	630,46	159804,000	-1,619	,105
	SI	868	594,33			

Tabla 37 : Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio por la realización o no de formación continua

Los rangos promedios de las dimensiones MBI total, AE, D y RP, independientemente de su significación, son más elevados en el grupo de profesionales que no realizaron formación durante el último año (n=340) que en el grupo de profesionales que sí han realizado actividades formativas (n=868).

4.3.5. Síndrome de burnout y variables de salud y estrés percibidos

Con el fin de conocer las relaciones del Síndrome de burnout con las variables de salud y estrés percibido y la repercusión en cuanto al absentismo causado por baja de enfermedad (ILT), argumento definido en el segundo objetivo específico de nuestro estudio, describimos los resultados que al respecto hemos obtenido tras el tratamiento estadístico de los datos de los profesionales participantes en el mismo.

4.3.5.1. Síndrome de burnout - Definición del estado de salud

Hemos comparado los rangos promedios con la prueba de Kruskal-Wallis, para medir la existencia o no de diferencias en el MBI total y sus dimensiones en base a "la definición sobre su estado de salud" en los profesionales que participan en nuestro estudio, obteniendo diferencias significativas en el MBI total y en las dimensiones AE, D y RP (tabla 38).

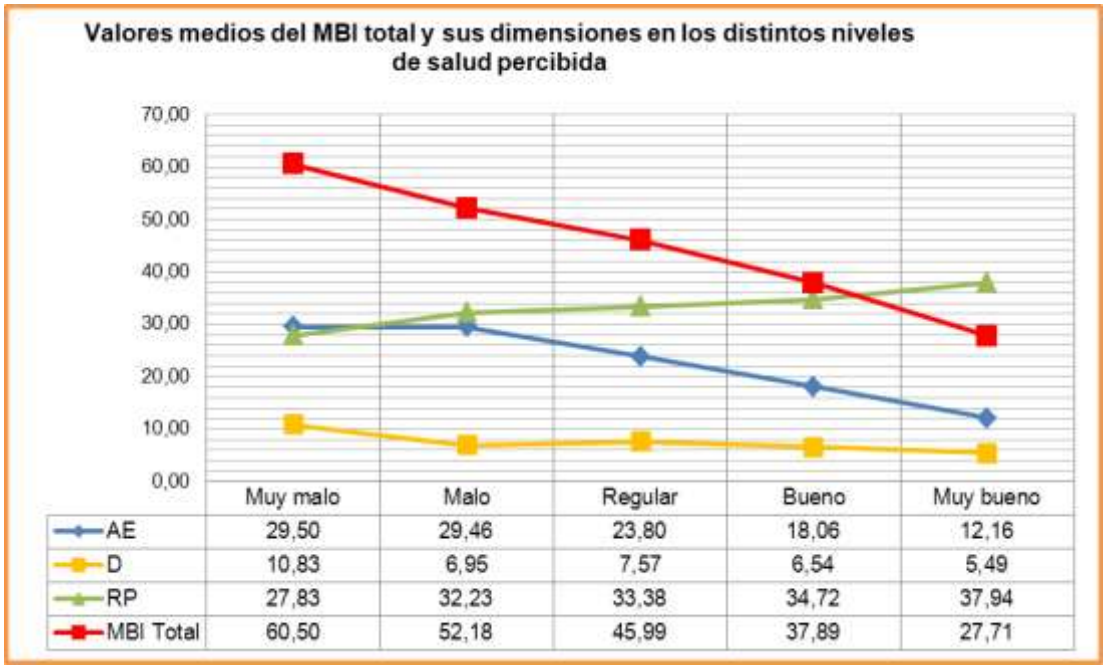
DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	157,622	4	,000
Despersonalización (D)	21,452	4	,000
Realización Personal (RP)	45,345	4	,000
MBI TOTAL	136,087	4	,000

Tabla 38. Prueba Kruskal-Wallis para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre la muestra según la definición de su estado de salud

En la figura 60 se representan gráficamente los valores medios del MBI total y de sus dimensiones en los profesionales de enfermería de nuestro estudio según las distintas opciones de estado de salud (muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo).

Destacan con mayores valores medios en la dimensión AE según el siguiente orden: estado de salud muy malo (29,50 ± 11,93), malo (29,46 ± 11,15), regular (23,80 ± 10,85), bueno (18,06 ± 8,88) y muy bueno (12,16 ± 7,22).

En la dimensión D, los valores medios más elevados siguen prácticamente el mismo orden con una modificación del orden de los valores malo y regular. Este orden es: estado de salud muy malo (10,83 ± 4,67), regular (7,57 ± 4,97), malo (6,95 ± 5,45), bueno (6,54 ± 4,41) y muy bueno (5,49 ± 4,47).



	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
AE	29,50	29,46	23,80	18,06	12,16
D	10,83	6,95	7,57	6,54	5,49
RP	27,83	32,23	33,38	34,72	37,94
MBI Total	60,50	52,18	45,99	37,89	27,71

Figura 60: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP según la definición del estado de salud de los profesionales de nuestro estudio

En la dimensión RP, obtienen los valores medios más bajos el estado de salud muy malo (27,83 ± 5,98), malo (32,23 ± 8,84), regular (33,38 ± 7,49), bueno (34,72 ± 6,54) y muy bueno (37,94 ± 6,15).

En cuanto a los valores de MBI Total, los valores medios más elevados los lideran el estado de salud muy malo (60,50 ± 17,21), malo (52,18 ± 17,08), regular (45,99 ± 17,58), bueno (37,89 ± 14,32) y muy bueno (27,71 ± 13,26).

4.3.5.2. Síndrome de burnout - Bajas laborales durante el último año

Con respecto a la variable "bajas laborales por enfermedad", la comparación de rangos promedios (test de Mann-Whitney) del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales que durante el último año han tenido algún proceso de enfermedad o lesión con parte de baja (n=326) y los que no han tenido bajas por enfermedad (n=880) ofrecen diferencias

significativas en el MBI total y en la dimensión AE, no existiendo diferencias significativas en las dimensiones D y RP (tabla 39).

DIMENSIONES MBI	Baja laboral	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	NO	880	583,73	126042,000	-3,241	,001
	SI	326	656,87			
Despersonalización (D)	NO	880	600,36	140676,000	-,516	,606
	SI	326	611,98			
Realización Personal (RP)	NO	880	610,89	136934,500	-1,212	,225
	SI	326	583,54			
MBI TOTAL	NO	880	586,46	128443,000	-2,792	,005
	SI	326	649,50			

Tabla 39: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones entre los profesionales de nuestro estudio que han estado de baja por enfermedad y los que no

Los profesionales de nuestro estudio que han tenido algún proceso de baja laboral por enfermedad presentan unos valores medios (figura 61) para el agotamieno emocional (AE) de 20,98 ± 10,40, para la despersonalización (D) de 6,99 ± 5,07, para la realización personal (RP) de 34,19 ± 7,26 y para el MBI total de 41,78 ± 17,03.

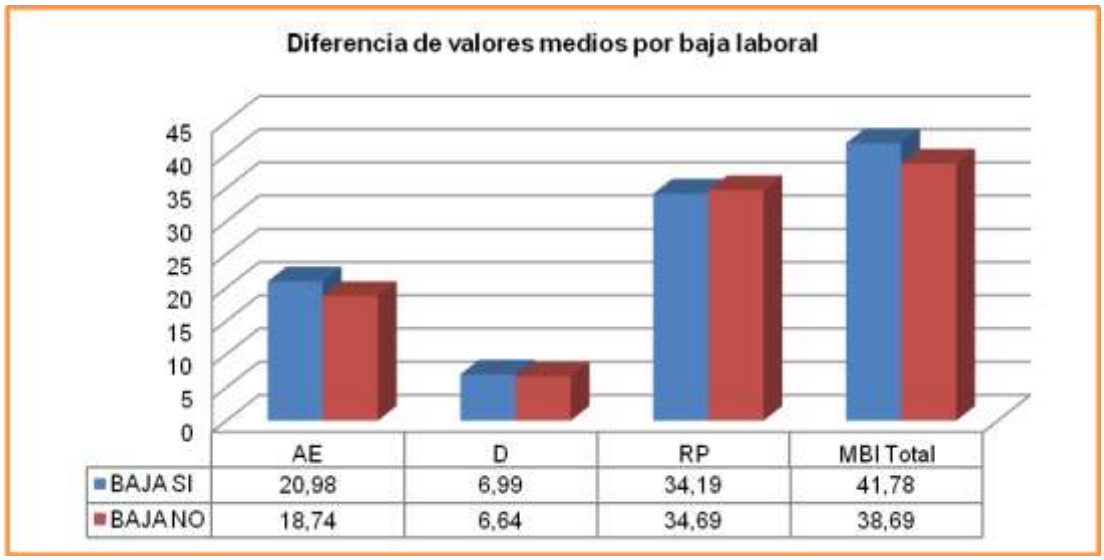


Figura 61: Representación gráfica de los valores medios de MBI total y las dimensiones AE, D y RP entre los profesionales de nuestro estudio que han tenido algún proceso de baja laboral y los que no

Los profesionales del estudio que no han tenido durante el último año baja por enfermedad presentan unos valores medios para el agotamieno emocional (AE) de 18,74 ± 9,90, para la despersonalización (D) de 6,64 ± 4,46, para la realización personal (RP) de 34,69 ± 6,83 y para el MBI total de 38,69 ± 15,78.

4.3.5.3. Síndrome de burnout - La crisis económica le motiva más hacia la valoración positiva del trabajo

En cuanto a la variable "la situación de crisis económica actual ¿le ha hecho valorar más su trabajo, aumentando su motivación hacia el mismo?", la comparación de rangos promedios (test de Mann-Whitney) del MBI total y de sus dimensiones entre los profesionales que responden afirmativamente (n=537) y los que responden negativamente (n=671) ofrecen diferencias significativas en el MBI Total y en sus dimensiones AE, D y RP (tabla 40).

DIMENSIONES MBI	Crisis económica > motivación	n	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	NO	671	646,26	152140,000	-4,652	,000
	SI	537	552,31			
Despersonalización (D)	NO	671	639,83	156454,500	-3,937	,000
	SI	537	560,35			
Realización Personal (RP)	NO	671	628,70	163928,500	-2,701	,007
	SI	537	574,27			
MBI TOTAL	NO	671	571,35	157918,500	-3,696	,000
	SI	537	645,92			

Tabla 40: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios del MBI Total y de sus dimensiones según si la crisis económica motiva o no hacia la valoración del trabajo a los participantes de nuestro estudio.

4.3.5.4. Síndrome de burnout - Estrés originado por el trabajo

Para valorar la existencia o no de diferencias en las dimensiones del MBI en los profesionales de nuestro estudio en base al nivel de estrés que consideran les origina el trabajo que realizan, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias significativas en el MBI total y sus dimensiones AE, D y RP (tabla 41).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	384,621	3	,000
Despersonalización (D)	29,411	3	,000
Realización Personal (RP)	21,785	3	,000
MBI TOTAL	230,857	3	,000

Tabla 41: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones por el nivel de estrés originado por el trabajo diario

En la figura 62 se representan los valores medios de las distintas opciones de nivel de estrés originado por el desarrollo de la actividad laboral en las dimensiones AE, D, RP y MBI Total en los profesionales de enfermería de nuestro estudio.

Destacan con mayores valores medios en la dimensión AE la opción "mucho estrés" (30,14 ± 10,78), "moderado estrés" (19,70 ± 8,28), "poco estrés" (12,69 ± 6,19) y "nada estrés" (8,00 ± 5,25).

En la dimensión D, los valores medios más elevados los tienen las mismas opciones de "mucho estrés" (7,75 ± 5,59), "moderado estrés" (7,01 ± 4,55), "poco estrés" (5,48 ± 3,77) y "nada estrés" (5,28 ± 4,16).

En la dimensión RP, obtienen los valores medios más bajos las opciones que anteriormente habían obtenido los valores medios más altos en coherencia con las características de esta dimensión. El orden en este caso es "mucho estrés" (33,69 ± 7,27), "moderado estrés" (34,40 ± 6,58), "poco estrés" (34,93 ± 7,22) y "nada estrés" (37,95 ± 8,01).

El MBI Total sigue la misma relación que las dimensiones, con valores más elevados en la opción de "mucho estrés" (52,20 ± 17,49), le sigue "moderado estrés" (40,32 ± 14,38), "poco estrés" (31,24 ± 12,30) y "nada estrés" (23,33 ± 13,30).

Estas opciones de valoración del nivel de estrés originado por el desarrollo diario del trabajo se posicionan exactamente en el mismo orden si consideramos los rangos promedios de la prueba de Kruskal-Wallis.

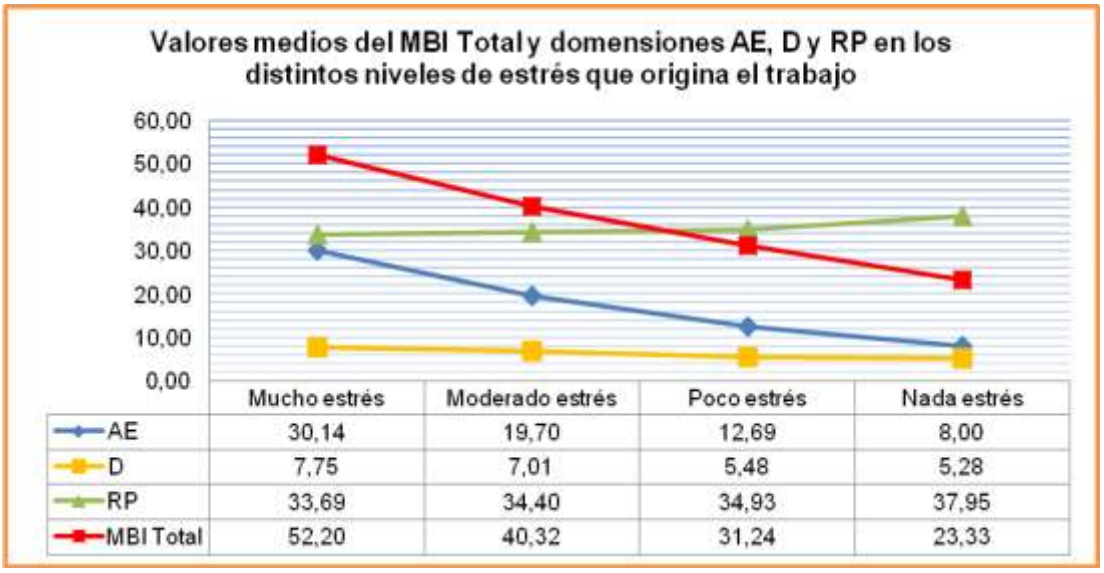


Figura 62. Representación gráfica de los valores medios de las dimensiones AE, D y RP por definición de niveles de estrés originado por el desarrollo de la actividad diaria en los profesionales de nuestro estudio

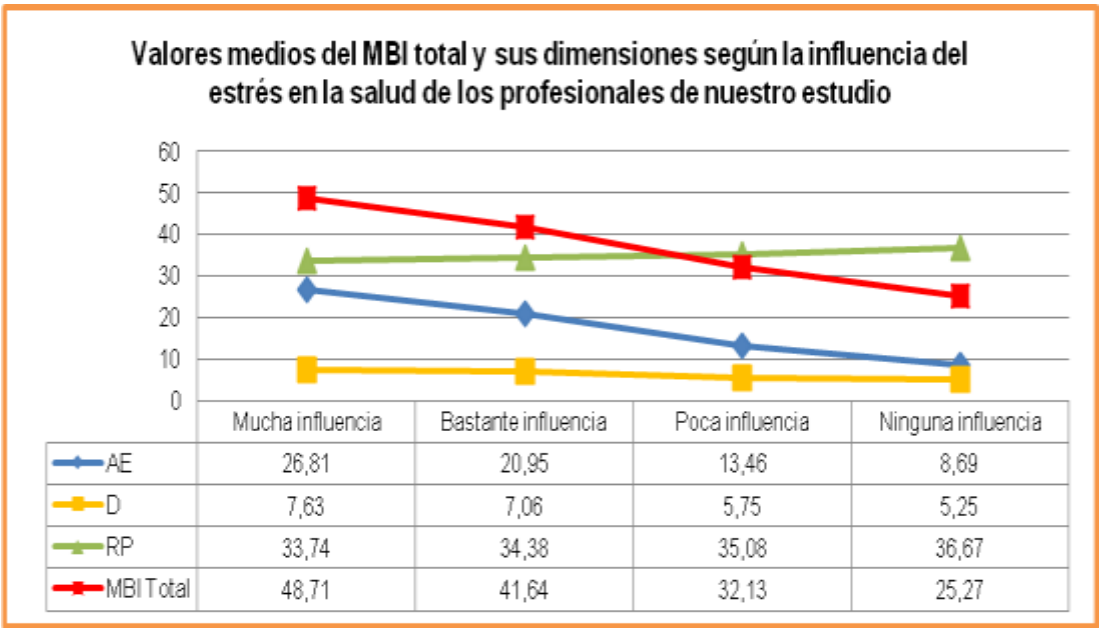
4.3.5.5. Síndrome de burnout - Influencia del estrés laboral en la salud

Hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis con el fin de establecer los rangos promedios para medir la existencia o no de diferencias en las dimensiones del MBI en base a las opciones marcadas sobre "la influencia del estrés laboral en el estado de salud " en los profesionales que participan en nuestro estudio, obteniendo diferencias significativas en el MBI total y en las dimensiones AE, D y RP (tabla 42).

DIMENSIONES MBI	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Agotamiento Emocional (AE)	286,146	3	,000
Despersonalización (D)	24,472	3	,000
Realización Personal (RP)	12,794	3	,005
MBI TOTAL	168,270	3	,000

Tabla 42: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones en las distintas opciones de influencia del estrés en la salud de los profesionales de nuestro estudio

En la figura 63 se representan los valores medios de las distintas opciones (mucha, bastante, poca y ninguna) de influencia del estrés laboral en la salud de los profesionales de enfermería de nuestro estudio en el MBI Total y las dimensiones AE, D y RP.



	Mucha influencia	Bastante influencia	Poca influencia	Ninguna influencia
AE	26,81	20,95	13,46	8,69
D	7,63	7,06	5,75	5,25
RP	33,74	34,38	35,08	36,67
MBI Total	48,71	41,64	32,13	25,27

Figura 63. Representación gráfica de los valores medios del MBI total y de las dimensiones AE, D y RP según la influencia del estrés en la salud de los profesionales de nuestro estudio

Los valores medios obtenidos en la dimensión agotamiento emocional (AE) de mayor a menor son: "mucha influencia" (26,81 ± 11,89), "bastante influencia" (20,95 ± 9,02), "poca influencia" (13,46 ± 6,59) y "ninguna influencia" (8,69 ± 5,37).

En el mismo orden se sitúan los valores medios de la dimensión despersonalización (D) siendo los siguientes: "mucha influencia" (7,63 ± 5,45), "bastante influencia" (7,06 ± 4,57), "poca influencia" (5,75 ± 4,10) y "ninguna influencia" (5,25 ± 4,03).

En la dimensión RP, obtienen los valores medios más bajos las opciones que anteriormente habían obtenido los valores medios más altos. El orden en este caso es: "mucha influencia" (33,74 ± 6,86), "bastante influencia"

(34,38 ± 6,93), "poca influencia" (35,08 ± 6,75) y, "ninguna influencia" (36,67 ± 8,04).

En el MBI total son de nuevo más elevados los valores medios a mayor influencia descrita por los profesionales de nuestro estudio del estrés en la salud, y de mayor a menor son: "mucha influencia" (48,71 ± 18,74), "bastante influencia" (41,64 ± 15,06), "poca influencia" (32,13 ± 12,54) y "ninguna influencia" (25,27 ± 12,37).

4.4. Variables del Cuestionario de Estresores Laborales del Personal de Enfermería (ELPE).

En este apartado referenciamos los resultados del instrumento cuarto de nuestro cuestionario general, que es el cuestionario de "Estresores Laborales del Personal de Enfermería" (ELPE), con el que pretendemos destacar qué situaciones de la práctica habitual son importante y frecuente causa de tensión y estrés para los profesionales de enfermería de atención especializada participantes en el estudio, para lo que hemos utilizado el inventario de estresores desarrollado por Reig y Caruana (1987-1989b).

El cuestionario adaptado a nuestro estudio, como comentamos en el apartado 3.3.6 del punto anterior, consta de 67 preguntas, planteadas con 4 alternativas de respuesta de tipo Likert que van desde "ninguna tensión " (valor 0) a "mucha tensión" (Valor 3), referidas a situaciones potencialmente estresantes que se dan habitualmente en el marco laboral de los profesionales de enfermería, valorándose en qué medida cada situación de las referidas representa una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en su trabajo actual.

Al final de la escala se dejan varios espacios abiertos para que los profesionales de enfermería puedan incluir otras situaciones (fuentes de estrés) no recogidas en el cuestionario.

La fiabilidad del cuestionario se ha analizado calculando su consistencia interna mediante el cálculo del alfa (α) de Cronbach. El cuestionario ELPE de los participantes en nuestro estudio (67 ítems) nos aporta un valor alfa (α) de Cronbach de 0,958, valor que garantiza una óptima fiabilidad del cuestionario.

En la tabla 76 del anexo 8, exponemos los resultados de las respuestas expresadas por los profesionales de nuestro estudio, en cada uno de los niveles de tensión ò estrés propuestos para las 67 situaciones potencialmente estresantes que se incluyen en el cuestionario.

Las situaciones en el trabajo consideradas como el origen de altos niveles de tensión y estrés por la práctica totalidad de los profesionales que participan en nuestro estudio (más del 85% y con puntuaciones totales que superan el 65% sobre el máximo de puntuación alcanzable) son, fundamentalmente, aquellas que inciden de forma determinante en el bienestar de la persona receptora de la actividad profesional (paciente y familia) y en los resultados de dicha actividad (figura 64 y tabla 43)

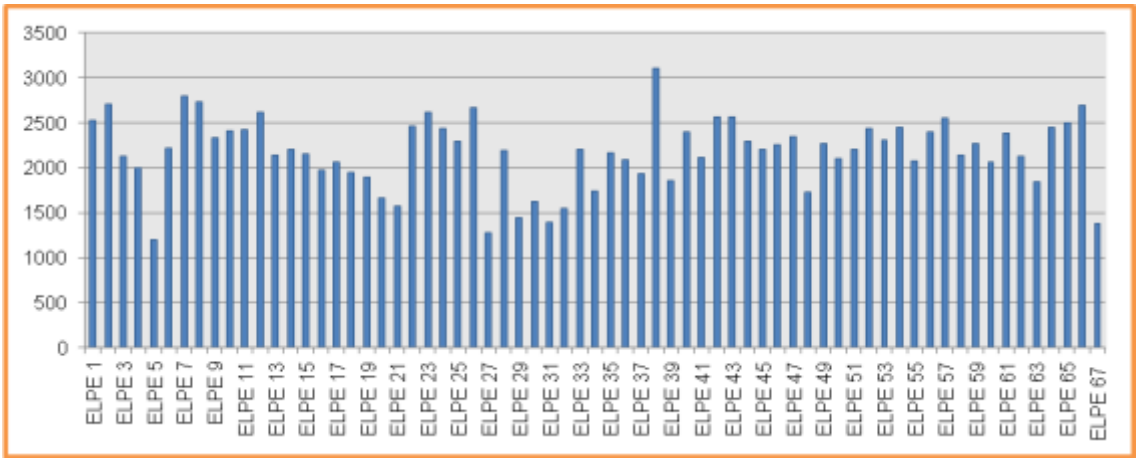


Figura 64: Puntuación de los 67 estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) en nuestro estudio

La puntuación media de toda la escala con sus 67 ítems es de 120,79 ± 29,61, con una varianza de 876,523.

Las puntuaciones medias de los 20 factores que más puntuación alcanzan como estresores laborales del personal de enfermería propuestos (tabla 43) son, por orden de mayor a menor, los siguientes: en primer lugar "las consecuencias de mis errores para el enfermo" (2,57 ± 0,74), seguido de "ver morir a un paciente especial (2,31 ± 0,78), "escasez de personal" (2,26 ± 0,81), "sobrecarga de trabajo" (2,24 ± 0,78), "ver sufrir a los pacientes" (2,23 ± 0,75), "tratar con personas agresivas" (2,21 ± 0,86), "que personal incompetente se interfiera en mi trabajo" (2,17 ± 0,85), "trabajar sin una planificación lógica y coherente" (2,17 ± 0,82), "no poder resolver los problemas que se me plantean" (2,13 ± 0,83), "los errores de otros compañeros del equipo que afecten a mis pacientes" (2,12 ± 0,73), "los conflictos con los superiores" (2,11 ± 0,85), "falta

de tiempo para hacer las cosas" (2,10 ± 0,85), "no poder dedicar más tiempo a aquellos pacientes que lo necesitan" (2,07 ± 0,79), "que me requieran en varios sitios a la vez" (2,04 ± 0,82), " que solo me digan lo que hago mal" (2,03 ± 0,91), "tener un supervisor incompetente" (2,03 ± 0,79), "que las decisiones y cambios que afecten a mi trabajo se tomen sin contar con mi participación" (2,01 ± 0,84), "tener que dar una mala noticia" (2,01 ± 0,84), "escasez de recursos esenciales" (2,00 ± 0,85) y "falta de apoyo de los superiores" (1,99 ± 0,92).

Estas situaciones de la actividad diaria de los profesionales de enfermería de atención hospitalaria que obtienen mayores puntuaciones son definidas por la inmensa mayoría de los profesionales de nuestro estudio como generadoras de elevados niveles de tensión o estrés.

	Estresores	%	Puntuación total
1	Las consecuencias de mis errores para el enfermo (ELPE 38)	85,8%	3110
2	Ver morir a un paciente especial (ELPE 7)	77,0%	2795
3	Escasez de personal (ELPE 8)	75,4%	2732
4	Sobrecarga de trabajo (ELPE 2)	74,5%	2702
5	Ver sufrir a los pacientes (ELPE 66)	74,2%	2690
6	Tratar con personas agresivas (ELPE 26)	73,8%	2675
7	Que personal incompetente se interfiera en mi trabajo (ELPE 12)	72,2%	2617
8	Trabajar sin una planificación lógica y coherente (ELPE 23)	72,2%	2617
9	No poder resolver los problemas que se me plantean (ELPE 42)	70,9%	2570
10	Los errores de otros compañeros del equipo que afectan a mis pacientes (ELPE 43)	70,8%	2566
11	Los conflictos con los superiores (ELPE 57)	70,3%	2547
12	Falta de tiempo para hacer las cosas (ELPE 1)	70,0%	2533
13	No poder dedicar más tiempo a pacientes que lo necesitan (ELPE65)	69,1%	2505
14	Que me requieran en varios sitios a la vez (ELPE 22)	68,0%	2465
15	Que solo me digan lo que hago mal (ELPE 54)	67,7%	2453
16	Tener un supervisor incompetente (ELPE 64)	67,7%	2452
17	Que las decisiones y cambios que afectan en mi trabajo se tomen sin contar con mi participación (ELPE 24)	67,2%	2433
18	Tener que dar una mala noticia (ELPE 52)	67,2%	2433
19	Escasez de recursos esenciales (ELPE 11)	66,8%	2421
20	Falta de apoyo de los superiores (ELPE 10)	66,4%	2407

Tabla 43: Descripción de los 20 estresores de mayor incidencia en altos niveles de estrés por orden de puntuación

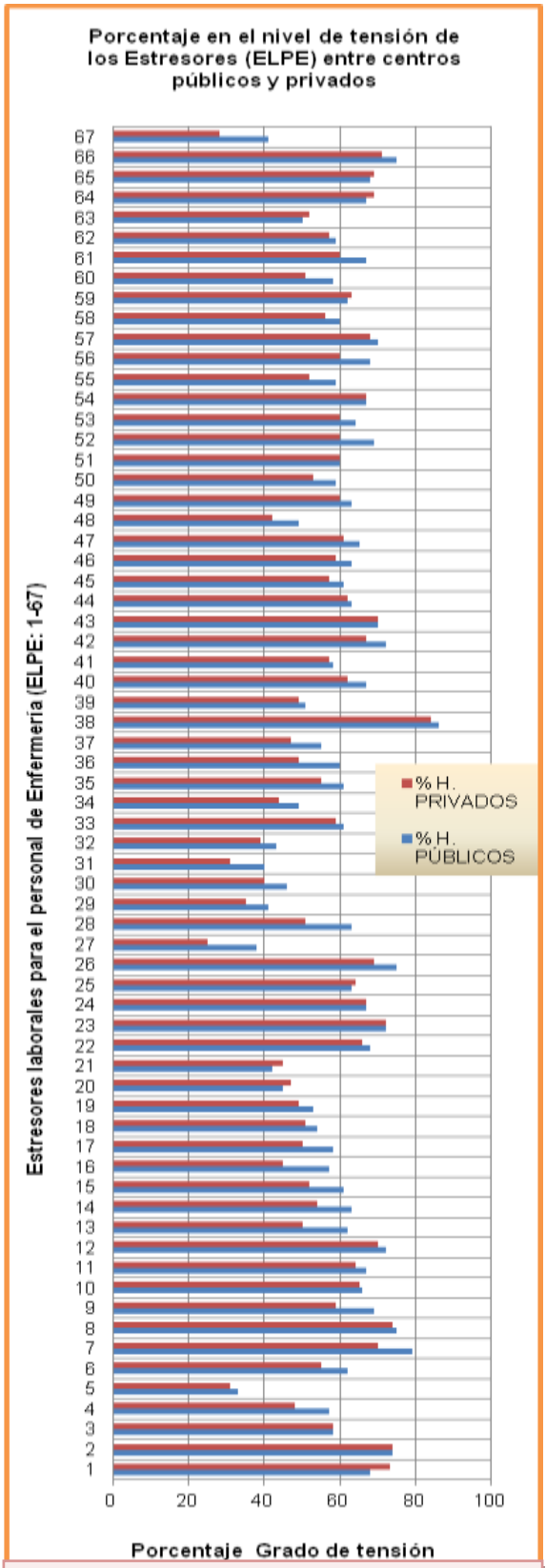


Figura 65: Diferencias en el cuestionario ELPE entre centros de titularidad pública y privada

Hemos valorado si existen diferencias en las respuestas al cuestionario entre los profesionales que trabajan en centros de titularidad pública y privada (figura 65) y, en su caso, el nivel de significación.

En los estresores de mayor relevancia, descritos anteriormente, se puede comprobar una amplia coincidencia en su priorización por todos los centros independientemente de la titularidad, sin embargo, realizada la prueba de Mann-Whitney, se aprecian diferencias en los valores de los rangos promedios entre los centros de titularidad pública y los de privada (tabla 77 del anexo 8), que es significativa en los ELPE 1 (falta de tiempo para hacer las cosas), 4 (afrontar situaciones nuevas), 6 (la muerte de los pacientes), 7 (ver morir a un paciente especial, 9 (condiciones físicas de trabajo inadecuadas), 13 (pacientes difíciles), 14 (pacientes graves), 15 (pacientes que no cooperan), 16 (tratar con los familiares del paciente), 17 (apoyar y consolar a la familia ante la muerte del paciente o enfermedad terminal), 19 (excesivo compromiso emocional con mi trabajo), 26 (trato con pacientes agresivos, 27 (el manejo

del ordenador y programas informáticos), 28 (pacientes histéricos), 29 (que el trabajo sea el mismo todos los días y ofrezca pocas oportunidades de aprender cosas nuevas), 30 (dificultad de percibir lo que los pacientes necesitan), 31 (los pacientes crónicos), 32 (falta de educación continuada al personal. Se ofrecen pocas posibilidades de formación), 34 (pacientes desobedientes), 35 (pacientes exigentes), 36 (que surjan complicaciones en el tratamiento), 37 (que fracase el tratamiento), 40 (tener que tomar decisiones drásticas en casos urgentes), 42 (no poder resolver los problemas que se me plantean), 45 (tener que realizar muchas y variadas tareas), 47 (los pacientes que cuestionan mi preparación), 48 (tener que aparentar seguridad ante los pacientes cuando no la tengo), 49 (ir con retraso respecto al plan de trabajo previsto), 50 (la excesiva responsabilidad de mi trabajo), 52 (tener que dar una mala noticia), 53 (que me amenacen con denunciarme), 55 (tomarme demasiado en serio mi trabajo), 56 (asistir a un caso urgente), 58 (tener que aplicar tratamientos que resultan dolorosos), 60 (exceso de papeleo y trabajo burocrático), 61 (los familiares de los pacientes exigentes y molestos), 66 (ver sufrir a los pacientes) y 67 (mi turno de trabajo).

En todos estos estresores en los que se obtienen diferencias significativas, excepto en el número 1 (falta de tiempo para hacer las cosas), obtienen mayores rangos promedios indicativos de mayores niveles de tensión y estrés los centros de titularidad pública, aún a pesar de estar, en muchos de los casos, mucho mejor dotados de recursos humanos y materiales y de tener mejores condiciones de trabajo (jornada, salario, vacaciones y descansos).

Hemos realizado igualmente la prueba de Mann-Whitney para conocer la existencia de diferencias en las respuestas del cuestionario ELPE entre las dos categorías profesionales (enfermera y TCAE), existiendo diferencias significativas entre las categorías en los ELPES 1, 3, 6, 9, 13, 16, 17, 20, 21, 23, 25, 28, 29, 31, 34, 35, 36, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 66 (tabla 78 del anexo 8).

En este grupo de estresores se definen con rangos promedios más elevados y mayores niveles de tensión y estrés la categoría profesional de

"enfermera" en aquellos que están más relacionados con la actividad y desempeño profesional y que implica mayor nivel de responsabilidad (ELPES 1, 3, 20, 21, 36, 38, 50 y 60), y la categoría profesional de TCAE presenta rangos más elevados en los estresores que implican relaciones interpersonales con el paciente y con su proceso, así como los relacionados con la carga física del trabajo y la falta de reconocimiento y responsabilidad (ELPES 6, 9, 13, 16, 23, 25, 28, 29, 31, 34, 35, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65 y 66).

Para comparar los valores obtenidos y las diferencias en los rangos promedios de los Estresores Laborales para el Personal de Enfermería (ELPE), atendiendo a los modelos de gestión funcional y de los recursos humanos, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias entre los distintos modelos de gestión definidos (tabla 79 del anexo 8), que son significativas en los ELPE: 1 (falta de tiempo para hacer las cosas), 4 (afrontar situaciones nuevas), 9 (condiciones físicas de trabajo inadecuadas), 13 (pacientes difíciles) 14 (pacientes graves), 16 (tratar con los familiares del paciente), 17 (apoyar y consolar a la familia ante la muerte del paciente o enfermedad terminal), 21 (que tareas de poca importancia interfieran en mi trabajo), 25 (recibir poco sueldo, no acorde con las responsabilidades de mi trabajo), 27 (el manejo del ordenador y programas informáticos), 28 (los pacientes histéricos), 31 (los pacientes crónicos), 36 (que surjan complicaciones en el tratamiento), 40 (tener que tomar decisiones drásticas en casos urgentes), 48 (tener que aparentar seguridad ante los pacientes cuando no la tengo), 53 (que me amenacen con denunciarme), 55 (tomarme demasiado en serio mi trabajo), 56 (asistir a un caso urgente), 61 (los familiares de los pacientes exigentes y molestos), 62 (que no estén claramente establecidas cuales son mis obligaciones y competencias), y 67 (mi turno de trabajo.

Los valores de rango promedio de los estresores relacionados con la responsabilidad, las relaciones laborales y la poca valoración del trabajo (ELPE 1, 21, 25) están más elevados en los centros con un modelo de gestión

funcional horizontal, democrático y con mayor autonomía funcional de los profesionales (MG3 y MG2), mientras que los valores de rango promedio de los estresores relacionados con la carga de trabajo, el desarrollo de la tarea, la innovación en el trabajo, la indefinición de competencias, la toma de decisiones y las relaciones con pacientes y familiares (ELPE 4, 9, 13, 14, 16, 17, 27, 28, 31, 36, 40, 48, 53, 55, 61, 62 y 67), están más elevados en los centros con un modelo de gestión funcional más autoritaria, burocrática y vertical (MG1).

En los espacios abiertos que se han dejado al final del cuestionario para que los participantes en nuestro estudio pudieran incluir otras situaciones de su actividad profesional que les genera tensión y estrés, y que no se han recogido en el cuestionario ELPE, se han hecho aportaciones de gran interés en 233 cuestionarios (anexo 6), lo que supone una implicación en las aportaciones de tipo opcional del cuestionario del 19,3% del total de la muestra, porcentaje importante considerando la extensión del cuestionario y la escasa aceptación que suelen tener este tipo de cuestiones que obligan a una reflexión y posicionamiento personal de los profesionales.

De las aportaciones realizadas, algunas inciden en estresores ya definidos de forma similar en el cuestionario de estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) y otras incluyen nuevas fuentes de tensión en la actividad diaria de los profesionales de enfermería. Globalmente hemos sintetizado las aportaciones hechas, en tres referentes centrales del origen de la tensión (figura 66 y anexo 7):

- *Estresores relacionados con la supervisión, liderazgo y gestión de los recursos humanos*. En este referente o grupo, directamente relacionado con el objetivo principal de nuestro estudio se integran más de la mitad de las fuentes de tensión y estrés aportadas por los profesionales participantes (55,4%), que se han subdividido en:

  - Problemas en la organización y gestión de los recursos humanos (n=102). En este apartado se han incluido los estresores:

- Falta de recursos humanos; mala distribución, exceso de trabajo; escasez de tiempos de enfermería (n=39). Por ejemplo, el comentario: *"La falta de medios, personal y tiempo para dedicar a cada paciente me influye emocionalmente y me repercute en mis actividades"* (cuestionario 478).

- No respetar los planes de trabajo; cambios de turno y de unidad; alta rotación (n=35). Por ejemplo, el comentario: *"Creen los mandos que estamos para cubrir sus errores de gestión y que estamos a su disposición las 24 horas"* (cuestionario 543).

- Desorganización del trabajo; desorden; gestión irregular (n=16). Por ejemplo, el comentario: *"Me genera gran tensión la desorganización en el trabajo y que esto no cambiará por falta de interés de los superiores"* (cuestionario 68).

- No cubrir las incidencias (sobrecarga de trabajo que afecta a los resultados); no compensar la alta presión asistencial (n=12).

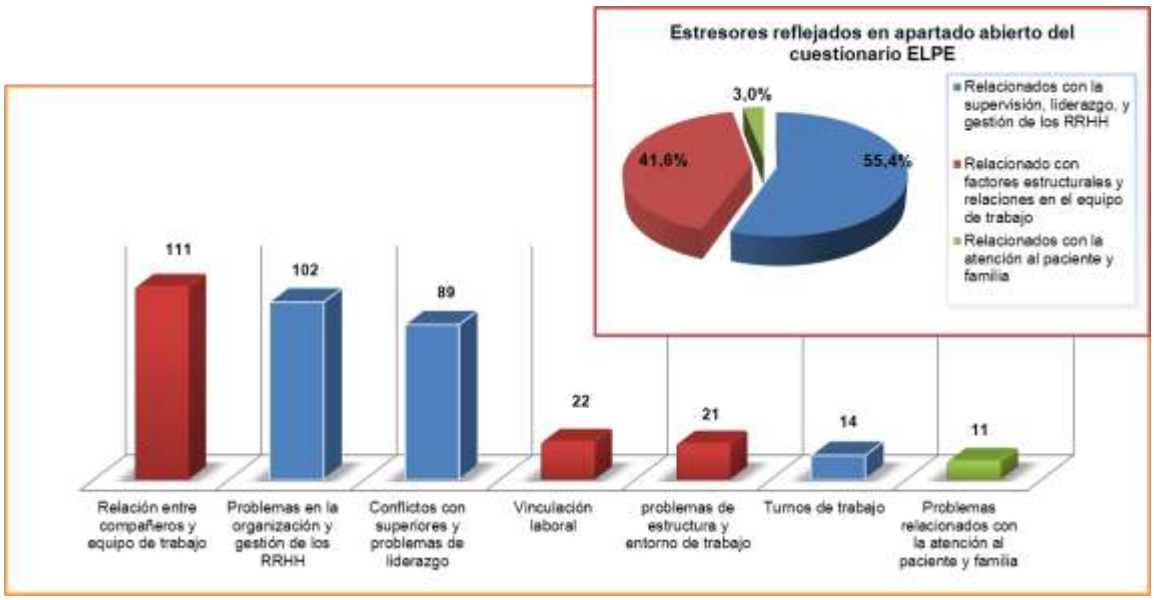


Figura 66: Descripción de los referentes de tensión y estrés de los estresores aportados por los participantes en nuestro estudio en la cuestión abierta del cuestionario ELPE

- Conflictos con los superiores y problemas de liderazgo (n=89). En este apartado se han incluido los estresores:

  - Falta de liderazgo; manipulación; pasotismo y poca eficacia de la supervisión (n=16). Por ejemplo, el comentario: *"A la supervisora no le importan nada ni los pacientes ni los profesionales... lo que quiere es que le saquen el trabajo adelante y salvar su...."* (cuestionario 1137).

  - Poca flexibilidad e inaccesibilidad de los mandos; poca capacidad de escucha; no respetan los derechos de los trabajadores (n=16). Por ejemplo, el comentario: *"El estrés lo producen las supervisoras y la dirección de enfermería por los abusos de autoridad y la falta de respeto"* (cuestionario 145).

  - Acoso psicológico; abuso de autoridad e imposición de criterios por parte de los mandos (supervisión, dirección) (n=16). Por ejemplo, los comentarios: *"Me obligan a realizar tareas que no se orientan a mejorar la calidad sino a acabar rápido" (cuestionario 200). "Hay exceso mando piramidal.....La jefa siempre tiene razón"* (cuestionario 1072). "*Necesitamos jefes más motivadores y menos déspotas"* (cuestionario 521)

  - No reconocimiento ni valoración de la actividad bien hecha; crítica de los profesionales del equipo; trato preferencial y discriminatorio (n= 21). Por ejemplo, el comentario: *"Los superiores no son aptos... les falta imparcialidad y objetividad y no saben gestionar el trabajo repercutiendo en la motivación y generando tensión y estrés al equipo"* (cuestionario 518).

  - No facilitar la formación en el trabajo; no potenciar la autonomía en la toma de decisiones; falta de apoyo ante problemas con pacientes y equipo (n= 20).

- Turnos de trabajo:

  - Los turnos rotatorios propuestos para mantener la atención continuada (n=14). Por ejemplo, los comentarios: *"Turnos que alteran los biorritmos y mala distribución de los descansos"* (cuestionario 598).... *"Turnos que dificultan la conciliación de la vida familiar con el trabajo"* (cuestionario 1039).

■ *Estresores relacionados con factores estructurales y relaciones con el equipo de trabajo*. Este referente o grupo estresor está igualmente relacionado con los modelos organizativos y de gestión integrando un importante porcentaje de las fuentes de tensión y estrés aportadas por los profesionales participantes (41,6%). En este grupo están incluidos los siguientes aspectos:

- Relaciones entre compañeros y en el equipo de trabajo (n=111). En este apartado se han incluido los estresores:

  - Malas relaciones; mal ambiente de trabajo; conflictos y faltas de respeto; discriminación intercategorías (n=55). Por ejemplo, los comentarios: *"Que los médicos me traten como inferior"* (cuestionario 231). *"Mal ambiente entre el equipo por culpa de los superiores"* (cuestionario 518). "*Falta de competencia e irresponsabilidad de compañeros de trabajo"* (cuestionarios 295 y 829).

  - Dificultades para el trabajo en equipo; problemas de comunicación (n=33). Por ejemplo, el comentario: *"Me siento quemada por la falta de trabajo en equipo, sin que mis compañeras y supervisora hagan nada para intentar mejorar esta situación"* (cuestionario 862).

  - Falta de compañerismo; impuntualidad; insolidaridad (n=18). Por ejemplo, el comentario: *"Me estresa mucho el afán que tiene la gente por engordar el curriculum a costa de quien sea"* (cuestionario 295).

- Responsabilidad funcional poco o mal definida entre categorías (n=5). Por ejemplo, el comentario: *"Debemos realizar tareas que no son de nuestra competencia"* (cuestionario 479).

- Vinculación laboral (n=22). En este apartado se han incluido los estresores:

  - Diferencias de sueldos y ventajas laborales; sueldos bajos en relación a la responsabilidad (n=12). Por ejemplo, el comentario: *"Diferencias de sueldo y de días libres entre personal estatutario y laboral realizando el mismo trabajo y con la misma categoría profesional"* (cuestionario 21).

  - Abuso en la contratación eventual; poca estabilidad en el puesto de trabajo (n=10). Por ejemplo, el comentario: *"Contratos eventuales sin estabilidad ni vacaciones"* (cuestionario 88).

- Problemas de la estructura y del entorno de trabajo (n=21). En este apartado están incluidos los estresores:

  - Excesiva burocracia y nuevas tecnologías de la comunicación (n=9). Por ejemplo, el comentario: *"Grandes demandas de papeleo y carga de trabajo informático, quitando tiempo para el paciente"* (cuestionario 318).

  - Ruidos; falta de espacios; habitaciones de pacientes pequeñas y hacinadas; elevado tránsito interno por la unidad; falta de soporte interno (n=12). Por ejemplo, el comentario: *"Déficit estructural, muchos pacientes y poco espacio"* (cuestionario 331).

  - Falta de soporte interno de ayuda. Por ejemplo el comentario: "*falta de equipo de ayuda para situaciones de estrés"* (cuestionario 481).

- *Estresores relacionados con la atención al paciente y familia*. Este grupo estresor es el que ocupa una mínima parte de las referencias de los profesionales de nuestro estudio en este apartado abierto del cuestionario (3,0%). En este grupo hemos incluido los estresores:

  - Trato inadecuado al paciente y familia (n=11):

    - Poco interés por el paciente; trato discriminatorio y desigual; deshumanización; poca información y respeto (n=5). Por ejemplo, los comentarios: *"En esta sanidad el enfermo es lo de menos...¡estoy quemada!"* (cuestionario 265). "*Ver como se trata a una persona relevante o conocida con respecto a otra anónima en un ingreso o estancia hospitalaria*" (cuestionario141).

    - Largas estancias de pacientes sin resultados; interferencias en el trabajo de familiares y visitas (n=6). Por ejemplo, el comentario: *"Distracciones e interrupciones por parte de las visitas del paciente"* (cuestionario 318).

Además de las referenciadas, existen muchas aportaciones de gran valor en la información recogida en los cuestionarios (anexos 6 y 7), que nos indican las percepciones individuales al respecto de los elementos que más inciden en el aumento del riesgo de problemas psicosociales relacionados con el trabajo, así como con el nivel de estrés laboral y en el desarrollo de problemas y manifestaciones que van a propiciar niveles elevados de afectación en alguna o todas las dimensiones del síndrome de burnout.

4.5. Variables del Cuestionario para la evaluación de los factores psicosociales y de satisfacción laboral en la realización y organización del trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria).

En los últimos años, como afirman Luceño, et al (2005), el estudio de los factores psicosociales en el trabajo se asocia y se relaciona con el estrés laboral y con la etiología del síndrome de burnout, identificando estos factores como estímulos en la concreción de situaciones estresantes para los trabajadores. Holmes y Rahe (1967), en su listado de los 43 "*sucesos vitales estresantes*" con los que configuran la "Escala de ajuste social", definen entre estos sucesos, un importante número de situaciones producidas en el entorno laboral como: jubilación, despido, cambio de responsabilidades o de tipo de trabajo, problemas con el mando, cambios de turnos, o de horas, o de condiciones laborales, etc.

Con el fin de evaluar los riesgos psicosociales de la práctica profesional de la enfermería hospitalaria para completar los aspectos de análisis centrados en los objetivos de nuestro estudio que se quedaban escasamente desarrollados con los instrumentos anteriormente utilizados, hemos concluido el instrumento de recogida de datos con el "cuestionario para la evaluación de los factores (riesgos) psicosociales y de satisfacción laboral", compuesto por un listado total de 41 preguntas, 34 referidas a dimensiones psicosociales (PSICOS) y 7 a la dimensión de satisfacción laboral (SATIS), listado extraído del cuestionario ISTAS21, versión larga que, con una estructura de tipo Likert, propone en cada pregunta 5 alternativas de respuesta que van desde “nunca” (valor 0) a “siempre” (valor 4), según se ha explicado en al punto 3 de "Material y Métodos", en el apartado 3.3.5.

Las dimensiones que hemos incluido en el cuestionario y que, en su conjunto, complementan el estudio del resto de herramientas utilizadas son (tabla 44): sentido del trabajo (3 preguntas), claridad del rol (4 preguntas), integración en la empresa (5 preguntas), apoyo social de compañeros (3 preguntas), apoyo social de los superiores (3 preguntas), conciliación de la vida

familiar y laboral (1 pregunta), doble presencia (2 preguntas), calidad de liderazgo (6 preguntas), sentimientos de grupo (3 preguntas), estima (4 preguntas) y satisfacción (7 preguntas).

Hemos realizado el análisis de la consistencia interna de este cuestionario utilizado en el instrumento de recogida de datos de nuestro estudio, tanto del total de los factores psicosociales, como de sus distintas dimensiones.

La fiabilidad del cuestionario se ha analizado calculando su consistencia interna mediante el cálculo del alfa (α) de Cronbach. El conjunto de factores psicosociales (34 ítems) y de satisfacción laboral (7 ítems), nos aporta un valor alfa (α) de Cronbach de 0,937, valor que garantiza la alta fiabilidad del cuestionario. En cuanto al nivel de consistencia interna de las distintas dimensiones, resulta igualmente satisfactorio al mantener valores de alfa (α) de Cronbach que van de 0,721 (apoyo social de los compañeros) hasta 0,921 (calidad de liderazgo), a excepción de la dimensión "doble presencia" con α = 0,605 (tabla 44).

Dimensiones	Nº ítems	α (*)	Media ± DT		% Intervalos de puntuación por terciles			% muestra de nuestro estudio en cada intervalo		
					verde	amarillo	rojo	verde	amarillo	rojo
Sentido del trabajo	3	0,728	10,34	1,62	100-80	80-62	62-0	72,1%	21,7%	6,2%
Claridad del rol	4	0,807	12,30	2,73	100-90	90-71	71-0	26,3%	39,4%	34,3%
Integración en la empresa	5	0,801	12,59	4,17	100-65	65-47	47-0	43,3%	34,5%	22,2%
Apoyo social de compañeros	3	0,721	8,94	1,97	100-80	80-62	62-0	37,8%	40%	22,2%
Apoyo social de superiores	3	0,862	7,72	2,79	100-80	80-55	55-0	25,3%	31,4%	43,3%
Doble presencia	2	0,605	3,80	1,56	0-16	16-40	40-100	7,0%	32,4%	60,6%
Calidad de liderazgo	6	0,921	14,25	5,20	100-72	72-53	53-0	27,7%	58,9%	13,4%
Sentimiento de grupo	3	0,819	9,23	2,02	100-88	88-62	62-0	30,4%	51,0%	18,6%
Estima	4	0,803	9,98	2,83	100-78	78-60	60-0	15,6%	40,6%	43,8%
Satisfacción	7	0,829	18,50	4,18	100-72	72-55	55-0	21,3%	45,2%	22,5%
TOTAL	**41**	**0,937**	**110.32**	**20,22**						
(*) alfa de Cronbach			**Verde**: Más favorable para la salud; **Amarillo**: intermedio; **Rojo**: Desfavorable para la salud							

Tabla 44: Datos de consistencia interna, media, DE, porcentaje de intervalos por terciles y porcentaje de la muestra de nuestro estudio en cada intervalo (tercil)

El conjunto de factores que componen la dimensión de satisfacción (7 ítems) de los participantes en nuestro estudio, nos aporta un valor alfa (α) de Cronbach de 0,829, valor que indica igualmente una alta fiabilidad de dicha dimensión.

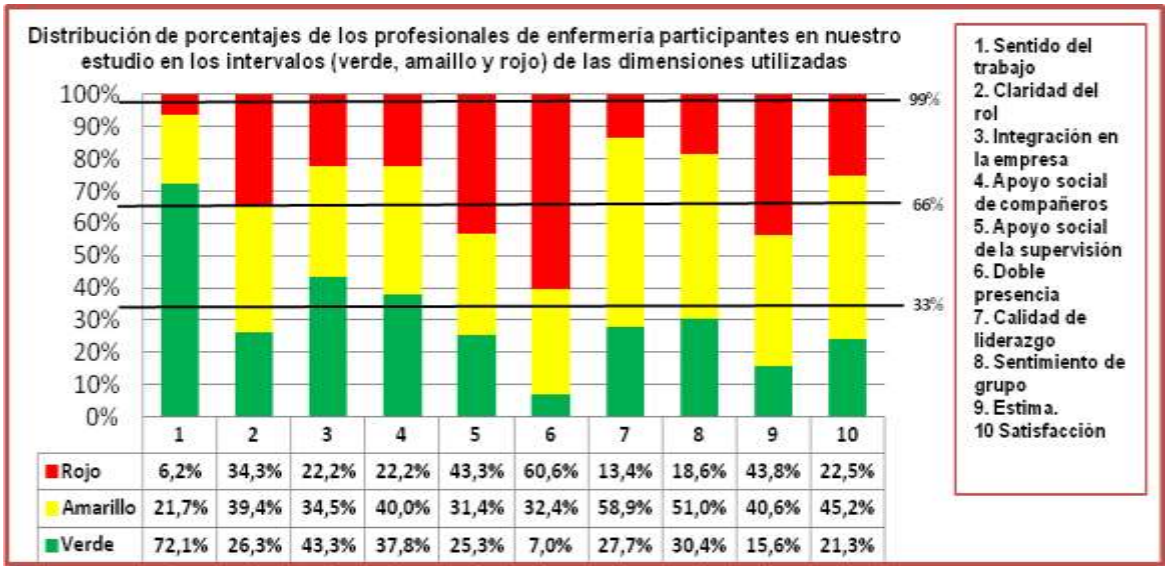
4.5.1. Exposición a los factores de riesgo psicosocial y salud

4.5.1.1. Prevalencia de las exposiciones psicosociales y distribución de frecuencia de respuesta.

En la tabla 45, se representa la proporción de profesionales de enfermería de la muestra total de nuestro estudio incluidos en cada tercil de exposición a las dimensiones de riesgo psicosocial analizadas, en contraste con las proporciones de la población asalariada española de referencia (Moncada, et al 2008), datos que se representan con su histograma correspondiente, según el modelo de representación del ISTAS-21 (figuras 67 y 68).

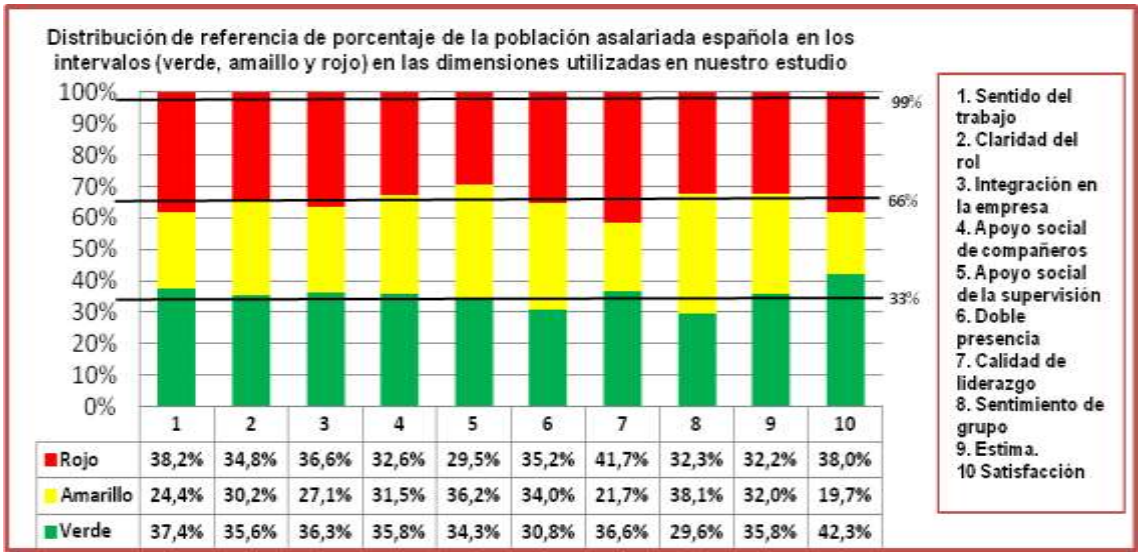
Dimensiones	Valores de prevalencia de la exposición de la muestra total de nuestro estudio			Valores de prevalencia de la exposición de la población de referencia (Moncada, et al 2008)		
	Verde	Amarillo	Rojo	verde	amarillo	rojo
Sentido del trabajo	72,1%	21,7%	6,2%	37,4%	24,4%	38,2%
Claridad del rol	26,3%	39,4%	34,3%	35,1%	30,1%	34,8%
Integración en la empresa	43,3%	34,5%	22,2%	36,3%	27,1%	36,6%
Apoyo social de compañeros	37,8%	40,0%	22,2%	35,9%	31,5%	32,6%
Apoyo social de superiores	25,3%	31,4%	43,3%	34,3%	36,2%	29,5%
Doble presencia	7,0%	32,4%	60,6%	30,8%	34,0%	35,2%
Calidad de liderazgo	27,7%	58,9%	13,4%	36,6%	21,7%	41,7%
Sentimiento de grupo	30,4%	51,0%	18,6%	29,6%	38,1%	32,3%
Estima	15,6%	40,6%	43,8%	35,8%	32,0%	32,2%
Satisfacción	21,3%	45,2%	22,5%	42,3%	19,7%	38,0%
Verde: Más favorable para la salud; **Amarillo**: intermedio; **Rojo**: Desfavorable para la salud						

Tabla 45: Porcentaje de profesionales de enfermería de la muestra total de nuestro estudio en cada nivel de exposición (tercil) y valores de los porcentajes de la población asalariada española de referencia.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rojo	6,2%	34,3%	22,2%	22,2%	43,3%	60,6%	13,4%	18,6%	43,8%	22,5%
Amarillo	21,7%	39,4%	34,5%	40,0%	31,4%	32,4%	58,9%	51,0%	40,6%	45,2%
Verde	72,1%	26,3%	43,3%	37,8%	25,3%	7,0%	27,7%	30,4%	15,6%	21,3%

Figura 67: Histograma de prevalencia de la exposición de los profesionales de nuestro estudio a los factores psicosociales y satisfacción laboral



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rojo	38,2%	34,8%	36,6%	32,6%	29,5%	35,2%	41,7%	32,3%	32,2%	38,0%
Amarillo	24,4%	30,2%	27,1%	31,5%	36,2%	34,0%	21,7%	38,1%	32,0%	19,7%
Verde	37,4%	35,6%	36,3%	35,8%	34,3%	30,8%	36,6%	29,6%	35,8%	42,3%

Figura 68: Histograma de prevalencia de la exposición de la población asalariada española de referencia a los factores psicosociales y satisfacción laboral

En la tabla 45, así como en los histogramas representados en las figuras 67 y 68, vemos qué proporción de profesionales de enfermería de la muestra de nuestro estudio, están expuestos a situaciones más desfavorables para la salud (rojo), es decir, qué proporción obtiene puntuaciones altas en las

dimensiones psicosociales negativas y bajas en las positivas; qué proporción de profesionales se encuentran en un nivel intermedio (amarillo); y qué proporción de profesionales se encuentran en el nivel más favorable para la salud (verde), es decir, qué proporción de trabajadores obtienen puntuaciones bajas en las dimensiones psicosociales negativas y altas en las positivas.

Tres de las dimensiones (doble presencia, estima y apoyo social de los superiores), nos muestran un porcentaje de trabajadores de los centros hospitalarios que componen nuestra muestra en los niveles de exposición rojo (más desfavorables para la salud) en proporción más elevada a los valores de la población asalariada española de referencia. En tres dimensiones (sentido del trabajo, integración en la empresa y apoyo social de compañeros), los participantes en nuestro estudio, presentan una prevalencia de exposición a factores psicosociales más favorables en comparación con la población asalariada de referencia.

En las dimensiones: calidad de liderazgo y sentimiento de grupo, nuestra muestra de estudio presenta menor porcentaje en los niveles de exposición rojo que los valores de la población asalariada de referencia, pero mucha mayor proporción en el nivel intermedio de exposición (amarillo), inclinando la balanza a una situación más positiva de riesgo de exposición para la población de referencia.

En cuanto a la dimensión de satisfacción laboral, el grupo de profesionales de enfermería participantes en nuestro estudio, mantienen menor porcentaje (22,5%) en los niveles de exposición rojo que la población de referencia (38,0%), pero también es menor el porcentaje de trabajadores que se encuentran en niveles de exposición verde 21,3% contra el 42,3%), situándose el mayor porcentaje de nuestra población en el nivel intermedio (amarillo) con un 45,2% de la muestra total, contra el 19,7% de la población de referencia, lo que también inclina a su favor la balanza en esta dimensión.

4.5.1.2. Principales exposiciones a riesgos psicosociales problemáticos para la salud

En base a los resultados sobre el porcentaje de profesionales de enfermería participantes en nuestro estudio expuesto a la situación más desfavorable para la salud (rojo), y altos porcentajes de exposición a la situación intermedia (amarillo), sumado a valores medios de exposición a situación desfavorable (roja), podemos afirmar que las principales exposiciones problemáticas en relación con la exposición a factores psicosociales derivados de las características de la organización del trabajo son, por orden de prevalencia: *doble presencia*, *estima*, *apoyo social de los superiores*, *claridad de rol*, *calidad de liderazgo* y *sentimiento de grupo*. Todas estas dimensiones superan el 70% de porcentaje de profesionales entre la situación más desfavorable y la situación intermedia de riesgo para la salud.

Por el contrario, las principales exposiciones más favorables para la salud (verde), en relación con la exposición a factores de riesgo psicosocial derivados de las características de la organización del trabajo son, por orden de prevalencia: *sentido del trabajo*, *integración en la empresa* y *el apoyo social de los compañeros*.

- **Doble Presencia (DP)**

  Grandes exigencias y responsabilidades en el ámbito doméstico-familiar, junto con el trabajo en la atención hospitalaria, implican una doble carga de actividad que se asume de forma simultánea y, en muchos casos, a lo largo del tiempo.

  Esta dimensión ocupa un puesto relevante en nuestro estudio, ya que un 60,6% de los profesionales participantes, están expuestos a la situación más desfavorable (rojo), y el 32,4% lo están a la situación intermedia (amarillo). Es una dimensión que socio-culturalmente está vinculada al género femenino, género dominante en la profesión de enfermería.

- **Estima (EST)**

Esta dimensión se centra en el respeto, el reconocimiento, el apoyo adecuado y el trato justo de los trabajadores. Al igual que la anterior dimensión, la falta de estima en el trabajo supone un importante factor de riesgo psicosocial para la salud.

Un 43,8% de los profesionales participantes en nuestro estudio están expuestos a la situación más desfavorable (rojo), y el 40,6% lo están a la situación intermedia (amarillo), respecto a la estima.

- **Apoyo Social de los superiores (ASS)**

Esta dimensión aborda el hecho de recibir el tipo de ayuda que se necesita para realizar la tarea por parte de los mandos directos (supervisión). La falta de apoyo social es una de las dimensiones fundamentales en nuestro ámbito de estudio en relación con los riesgos psicosociales.

Un 43,3% de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación desfavorable para la salud (rojo), y el 31,4% lo están a la situación intermedia (amarillo) respecto al apoyo social de los superiores.

- **Claridad de Rol (CR)**

Esta dimensión tiene que ver con la definición del puesto de trabajo (definición de las tareas a realizar, de los objetivos y del margen de autonomía y niveles de responsabilidad).

Un 34,3% de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación más desfavorable para la salud (rojo), y el 39,4% lo están a la situación intermedia (amarillo) respecto a la claridad de rol.

- **Calidad de liderazgo (CL)**

Esta dimensión se centra en la gestión adecuada y positiva de los mandos intermedios, así como en la calidad de dirección del Centro, aspectos relevantes para asegurar la salud y bienestar de los trabajadores. Los mandos han de tener competencias y habilidades para dirigir equipos humanos de forma eficaz, planificando y asignando correctamente el trabajo, resolviendo los conflictos internos y utilizando una comunicación fluida y motivadora con los profesionales.

Un 13,4% de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación más desfavorable para la salud (rojo), y el 58,9% lo están a la situación intermedia (amarillo) respecto la claridad de rol.

- **Sentimiento de grupo (SG)**

Esta dimensión considera la existencia o no de un grupo informal de trabajo, si hay un buen ambiente de trabajo entre compañeros, con una real proyección de trabajo en equipo.

Un 18,6% de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación más desfavorable para la salud (rojo), y el 51,0% lo están a la situación intermedia (amarillo) respecto al sentimiento de grupo.

4.5.1.3. Principales situaciones favorables para la salud

Teniendo en cuenta el porcentaje de profesionales de enfermería expuesto a la situación más favorable para la salud (verde), podemos afirmar que las dimensiones: *sentido del trabajo*, *integración en la empresa* y *el apoyo social de los compañeros*, son factores de riesgo psicosocial para los que, la muestra de nuestro estudio, tiene una situación de exposición más positiva que la población asalariada de referencia (el porcentaje de profesionales de enfermería expuesto a la situación más favorable (verde) es mayor al 33,3%).

- **Sentido del Trabajo (ST)**

Dar sentido al trabajo significa relacionarlo con otros valores o fines, además de los instrumentales o utilitaristas extrínsecos del mismo. Alguno de estos valores son: el factor vocacional de ayuda, la implicación humanista de la práctica del cuidado de enfermería, importancia social, utilidad para la comunidad, etc. El ST es un factor motivacional hacia el contenido del trabajo o hacia la profesión y supone un factor "protector" frente a otras exposiciones estresantes.

Esta dimensión es poderosamente importante en los participantes de nuestro estudio, ya que, un **72,1%** de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación más favorable para la salud (el 37,4% en la población asalariada de referencia), y el 21,7% lo están a la situación intermedia (amarillo), respecto al sentido del trabajo.

- **Integración en la Empresa (IE)**

Esta dimensión integra la adhesión de los profesionales a la identidad del centro de trabajo (objetivos, filosofía, misión, valores, etc.).

Un 43,3% de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación más favorable para la salud (verde), y el 34,5% lo está a la situación intermedia (amarillo), respecto a la integración en la empresa.

- **Apoyo Social de Compañeros (ASC)**

Dimensión que aborda las relaciones de ayuda en el trabajo entre los compañeros del equipo para el desarrollo de la tarea e interrelaciones positivas.

Un 37,8% de los profesionales de enfermería participantes, está expuesto a la situación más favorable para la salud (verde), y el 40,0% lo está a la situación intermedia (amarillo), respecto al apoyo social de los compañeros.

4.5.2. Factores psicosociales y de satisfacción laboral de los centros participantes en nuestro estudio

Para comparar los resultados de las dimensiones psicosociales laborales de riesgo para la salud y de motivación laboral, por los "centros" de trabajo de los profesionales de enfermería participantes en nuestro estudio, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias significativas entre los centros en las dimensiones CR, IE, ASC, ASS, DP, CL, SG, EST Y SAT; y no significativa en la dimensión de ST (tabla 46). Estas diferencias quedan claramente delimitadas en el análisis de los rangos promedios de los centros en las dimensiones analizadas del ISTAS-21 (anexo 8, tabla 80)

Dimensiones Psicosociales y de satisfacción laboral	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Sentido del trabajo (ST)	20,229	13	,090
Claridad del rol (CR)	24,836	13	,024
Integración en la empresa (IE)	36,747	13	,000
Apoyo social de los compañeros (ASC)	62,232	13	,000
Apoyo social de los superiores (ASS)	55,381	13	,000
Doble presencia (DP)	46,239	13	,000
Calidad de liderazgo (CL)	67,754	13	,000
Sentimiento de grupo (SG)	62,382	13	,000
Estima (EST)	51,406	13	,000
Satisfacción (SAT)	55,811	13	,000

Tabla 46: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los valores de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los distintos centros participantes en el estudio

4.5.2.1. Factores psicosociales y satisfacción laboral según la titularidad del centro

Para la comparación de las dimensiones de los factores psicosociales de riesgo para la salud y de la dimensión de satisfacción laboral del ISTAS-21, entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada, hemos utilizado el test de Mann-Whitney, que muestra diferencias significativas en las dimensiones: ST, CR, ASC, ASS, CL, SG, EST y SAT (tabla 47).

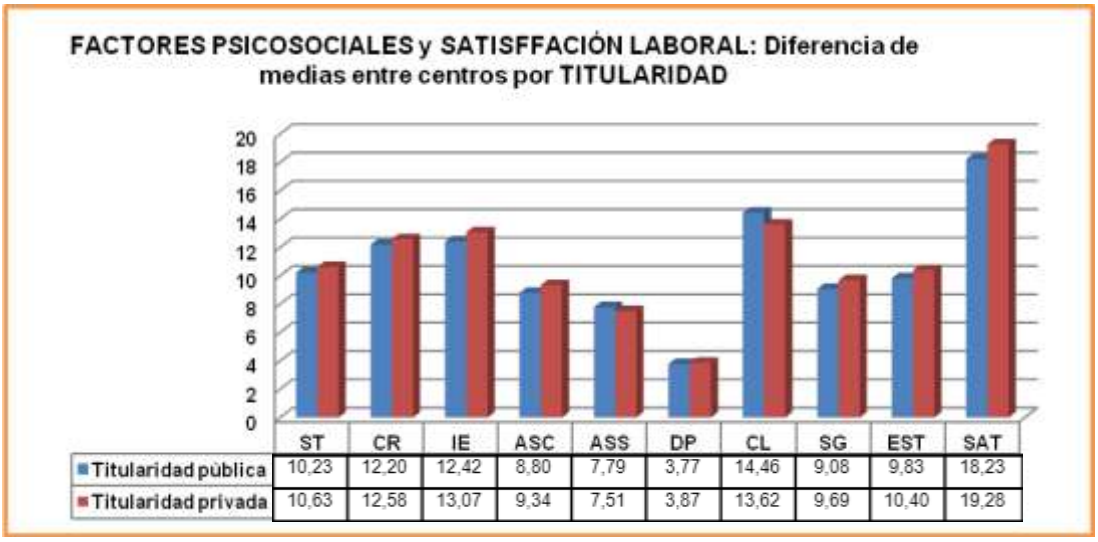
Dimensiones Psicosociales y de satisfacción laboral	Titular	Rango Promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
Sentido del trabajo (ST)	Público	586,47	122686,000	-3,155	,002
	Privado	656,96			
Claridad del rol (CR)	Público	590,03	125884,500	-2,477	,013
	Privado	646,61			
Integración en la empresa (IE)	Público	593,18	128717,500	-1,929	,054
	Privado	637,44			
Apoyo social de los compañeros (ASC)	Público	580,72	117519,000	-4,094	,000
	Privado	673,68			
Apoyo social de los superiores (ASS)	Público	616,71	127914,500	-2,091	,037
	Privado	568,96			
Doble presencia (DP)	Público	599,56	134453,500	-,858	,391
	Privado	618,88			
Calidad de liderazgo (CL)	Público	619,15	125725,500	-2,494	,013
	Privado	561,88			
Sentimiento de grupo (SG)	Público	576,83	114017,500	-4,775	,000
	Privado	685,01			
Estima (EST)	Público	587,75	123835,000	-2,867	,004
	Privado	653,24			
Satisfacción (SAT)	Público	585,05	121409,000	-3,316	,001
	Privado	661,09			

Tabla 47: Prueba Mann-Whitney para comparar los rangos promedios de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada de nuestro estudio

Los centros de *titularidad pública* presentan unos valores medios (figura 69) para el sentido del trabajo (ST), de 10,24 ± 1,69; para la claridad del rol (CL), de 12,21 ± 2,70; para la integración en la empresa (IE), de 12,42 ± 4,28; para el apoyo social de los compañeros (ASC), de 8,80 ± 2,02; para el apoyo social de los superiores (ASS), de 7,79 ± 2,89; para la doble presencia (DP), de 3,77 ± 1,59; para la calidad de liderazgo (CL), de 14,46 ± 5,30; para el sentimiento de grupo (SG), de 9,08 ± 2,03; para la estima (EST), de 9,83 ± 2,78; y para la dimensión de satisfacción laboral de 18,23 ± 4,21.

Los centros de *titularidad privada* presentan unos valores medios para el sentido del trabajo (ST), de 10,63 ± 1,35; para la claridad del rol (CL), de 12,58 ± 2,81; para la integración en la empresa (IE), de 13,07 ± 3,78; para el apoyo social de los compañeros (ASC), de 9,34 ± 1,77; para el apoyo social de los superiores (ASS), de 7,51 ± 2,47; para la doble presencia (DP), de 3,87 ± 1,46; para la calidad de liderazgo (CL), de 13,62 ± 4,83; para el

sentimiento de grupo (SG), de 9,69 ± 1,95; para la estima (EST), de 10,40 ± 2,91; y para la dimensión de satisfacción laboral de 19,28 ± 3,99.



	ST	CR	IE	ASC	ASS	DP	CL	SG	EST	SAT
Titularidad pública	10,23	12,20	12,42	8,80	7,79	3,77	14,46	9,08	9,83	18,23
Titularidad privada	10,63	12,58	13,07	9,34	7,51	3,87	13,62	9,69	10,40	19,28

Figura 69: Comparación de medias de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral según la titularidad de los centros de nuestro estudio

Analizando las diferencias de los centros de titularidad pública entre sí mediante la prueba de Kruskal-Wallis, hemos obtenido diferencias significativas en las dimensiones: IE, ASC, ASS, DP y CL, y no así en las dimensiones: ST, CR, SG, EST Y SAT (tabla 48).

Dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Sentido del trabajo (ST)	6,116	7	,526
Claridad del rol (CR)	8,291	7	,308
Integración en la empresa (IE)	18,554	7	,010
Apoyo social de los compañeros (ASC)	20,486	7	,005
Apoyo social de los superiores (ASS)	25,366	7	,001
Doble presencia (DP)	34,464	7	,000
Calidad de liderazgo (CL)	25,201	7	,001
Sentimiento de grupo (SG)	8,670	7	,277
Estima (EST)	9,999	7	,189
Satisfacción (SAT)	11,702	7	,111

Tabla 48: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los valores de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros de titularidad pública de nuestro estudio

Realizando el análisis comparativo de los centros de titularidad privada entre sí, difieren las dimensiones en las que se producen diferencias significativas con respecto a la comparación anterior entre los centros públicos, que mantienen líneas más homogéneas de gestión financiera y de recursos humanos. Entre los distintos centros privados de la muestra de nuestro estudio hemos obtenido diferencias significativas en las dimensiones ASS, CL y SAT, y no significativas en el resto de las dimensiones (tabla 49).

Dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Sentido del trabajo (ST)	3,274	5	,658
Claridad del rol (CR)	6,363	5	,273
Integración en la empresa (IE)	6,509	5	,260
Apoyo social de los compañeros (ASC)	7,194	5	,207
Apoyo social de los superiores (ASS)	25,707	5	,000
Doble presencia (DP)	6,676	5	,246
Calidad de liderazgo (CL)	13,087	5	,023
Sentimiento de grupo (SG)	10,114	5	,072
Estima (EST)	10,727	5	,057
Satisfacción (SAT)	16,317	5	,006

Tabla 49: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los valores de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros de titularidad privada de nuestro estudio

4.5.2.2. Factores psicosociales y satisfacción laboral según el modelo de gestión funcional del centro

Para la comparación de las dimensiones de los factores psicosociales de riesgo y de satisfacción laboral entre los centros según su modelo de gestión funcional y de los recursos humanos, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis, cuyos valores resultantes muestran diferencias significativas en las dimensiones de riesgo psicosocial en el trabajo: ASC, ASS, DP, CL, SG, EST y la dimensión de satisfacción laboral SAT (tabla 50).

Dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral	Grupos gestión funcional	n	Rango promedio	Chi Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
Sentido del trabajo (ST)	MG1	587	592,11	1,532	2	,465
	MG2	272	615,03			
	MG3	349	617,13			
Claridad del rol (CR)	MG1	587	583,07	5,840	2	,054
	MG2	272	605,67			
	MG3	349	639,63			
Integración en la empresa (IE)	MG1	587	609,62	,396	2	, 820
	MG2	272	605,75			
	MG3	349	594,91			
Apoyo social de los compañeros (ASC)	MG1	587	569,68	18,427	2	,000
	MG2	272	596,75			
	MG3	349	669,10			
Apoyo social de los superiores (ASS)	MG1	587	579,93	11,559	2	,003
	MG2	272	665,69			
	MG3	349	598,13			
Doble presencia (DP)	MG1	587	571,59	10,876	2	,004
	MG2	272	627,64			
	MG3	349	641,82			
Calidad de liderazgo (CL)	MG1	587	599,94	6,199	2	,045
	MG2	272	647,59			
	MG3	349	578,59			
Sentimiento de grupo (SG)	MG1	587	564,44	20,862	2	,000
	MG2	272	606,30			
	MG3	349	670,48			
Estima (EST)	MG1	587	572,49	9,748	2	,008
	MG2	272	635,22			
	MG3	349	634,39			
Satisfacción (SAT)	MG1	587	570,15	15,209	2	,000
	MG2	272	605,07			
	MG3	349	661,83			

Tabla 50: Prueba Kruskal-Wallis: comparación de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral con los modelos de gestión de los recursos humanos de la muestra

Esta misma relación de valores vinculados a los distintos modelos de gestión funcional se aprecia en el análisis de la media y la DE (tabla 51).

Dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral	Grupos gestión funcional	n	Media ± DE	
Sentido del trabajo (ST)	MG1	587	10,26	1,67
	MG2	272	10,41	1,54
	MG3	349	10,41	1,58
Claridad del rol (CR)	MG1	587	12,14	2,79
	MG2	272	12,35	2,59
	MG3	349	12,54	2,73
Integración en la empresa (IE)	MG1	587	12,66	4,08
	MG2	272	12,59	3,86
	MG3	349	12,46	4,52
Apoyo social de los compañeros (ASC)	MG1	587	8,74	2,01
	MG2	272	8,89	2,01
	MG3	349	9,33	1,81
Apoyo social de los superiores (ASS)	MG1	587	7,56	2,75
	MG2	272	8,14	2,94
	MG3	349	7,66	2,72
Doble presencia (DP)	MG1	587	3,63	1,54
	MG2	272	3,93	1,63
	MG3	349	3,97	1,50
Calidad de liderazgo (CL)	MG1	587	14,21	4,93
	MG2	272	14,82	5,42
	MG3	349	13,86	5,43
Sentimiento de grupo (SG)	MG1	587	9,02	1,96
	MG2	272	9,22	2,11
	MG3	349	9,61	2,00
Estima (EST)	MG1	587	9,74	2,66
	MG2	272	10,17	2,98
	MG3	349	10,23	2,94
Satisfacción (SAT)	MG1	587	18,13	3,96
	MG2	272	18,43	4,43
	MG3	349	19,18	4,25

Tabla 51: Estadísticos descriptivos (media y DE) de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral según los modelos de gestión de los recursos humanos

4.5.3. Exposición a los factores de riesgo psicosocial y síndrome de burnout.

La incidencia de los factores psicosociales en la salud de los trabajadores está ampliamente reconocida. La Comisión Europea hace referencia a una encuesta realizada en el año 1999 en la que se estima que las enfermedades causadas por estrés, depresión o ansiedad, son causantes del 18% de los problemas de salud asociados al trabajo e implica

la pérdida de, al menos, dos semanas de trabajo, siendo la frecuencia de estas enfermedades dos veces superior en el sector de los servicios de salud (Díaz y Feldman, 2010).

Cuando las condiciones de trabajo no son las adecuadas, se favorecen los riesgos psicosociales y aparecen alteraciones de salud, entre las que destacamos por su importancia para el trabajador y la empresa, el *estrés laboral,* cuya cronificación puede dar lugar al *síndrome de burnout*.

Para comprobar la relación existente entre los factores de riesgo psicosocial que hemos utilizado en nuestro estudio y el síndrome de burnout, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis confrontado como variable dependiente el MBI total y sus dimensiones AE, D y RP con cada una de las dimensiones de los factores psicosociales como variables independientes (tablas: 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 60), apreciándose diferencias significativas en todas ellas, a excepción de la dimensión de despersonalización (D) de los factores psicosociales: doble presencia (DP) y apoyo social de los superiores (ASS), con una clara relación en los valores obtenidos, correspondiendo a mayores riesgos o situaciones más desfavorables para la salud (rojo), mayores valores de MBI total y de sus dimensiones, y a datos más favorables para la salud (verde), menores valores del MBI total y de sus dimensiones.

Sentido del Trabajo (ST)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	75	848,69	62,726	2	,000
	Medio (A)	262	679,90			
	Bajo (V)	871	560,79			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	75	855,52	57,192	2	,000
	Medio (A)	262	662,33			
	Bajo (V)	871	565,49			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	75	254,66	140,276	2	,000
	Medio (A)	262	481,82			
	Bajo (V)	871	671,53			
MBI Total	Alto (R)	75	959,23	134,919	2	,000
	Medio (A)	262	717,53			
	Bajo (V)	871	539,95			

Tabla 52: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial ST

Claridad del Rol (CR)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	414	712,16	70,896	2	,000
	Medio (A)	476	581,66			
	Bajo (V)	318	498,52			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	414	706,73	57,213	2	,000
	Medio (A)	476	568,27			
	Bajo (V)	318	525,63			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	414	489,29	119,566	2	,000
	Medio (A)	476	592,59			
	Bajo (V)	318	772,33			
MBI Total	Alto (R)	414	744,64	128,886	2	,000
	Medio (A)	476	584,21			
	Bajo (V)	318	452,44			

Tabla 53: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial CR

Integración en la Empresa (IE)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	268	730,61	102,690	2	,000
	Medio (A)	417	665,23			
	Bajo (V)	523	491,45			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	268	668,54	24,795	2	,000
	Medio (A)	417	632,31			
	Bajo (V)	523	549,51			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	268	460,68	107,121	2	,000
	Medio (A)	417	556,89			
	Bajo (V)	523	716,16			
MBI Total	Alto (R)	268	753,31	133,944	2	,000
	Medio (A)	417	669,62			
	Bajo (V)	523	476,33			

Tabla 54: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial IE

Apoyo Social de Compañeros (ASC)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	267	713,09	46,009	2	,000
	Medio (A)	484	613,15			
	Bajo (V)	457	531,90			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	267	673,87	20,487	2	,000
	Medio (A)	484	613,71			
	Bajo (V)	457	554,22			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	267	484,82	81,750	2	,000
	Medio (A)	484	567,49			
	Bajo (V)	457	713,61			
MBI Total	Alto (R)	267	737,03	76,736	2	,000
	Medio (A)	484	624,57			
	Bajo (V)	457	505,81			

Tabla 55: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial ASC

Apoyo Social de los Superiores (ASS)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	523	667,31	33,344	2	,000
	Medio (A)	379	578,65			
	Bajo (V)	306	529,16			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	523	631,32	5,507	2	,064
	Medio (A)	379	582,03			
	Bajo (V)	306	586,49			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	523	539,83	41,595	2	,000
	Medio (A)	379	616,37			
	Bajo (V)	306	700,33			
MBI Total	Alto (R)	523	677,44	45,734	2	,000
	Medio (A)	379	576,62			
	Bajo (V)	306	514,36			

Tabla 56: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial ASS

Doble Presencia (DP)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	732	640,52	19,833	2	,000
	Medio (A)	392	549,42			
	Bajo (V)	84	547,63			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	732	622,47	5,710	2	,058
	Medio (A)	392	583,29			
	Bajo (V)	84	546,89			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	732	582,58	7,951	2	,019
	Medio (A)	392	632,47			
	Bajo (V)	84	664,99			
MBI Total	Alto (R)	732	639,87	19,272	2	,000
	Medio (A)	392	553,16			
	Bajo (V)	84	535,87			

Tabla 57: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial DP

Calidad de Liderazgo (CL)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	458	717,66	96,264	2	,000
	Medio (A)	415	584,68			
	Bajo (V)	335	474,35			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	458	637,93	13,148	2	,001
	Medio (A)	415	612,83			
	Bajo (V)	335	548,47			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	458	548,99	33,037	2	,000
	Medio (A)	415	595,14			
	Bajo (V)	335	691,99			
MBI Total	Alto (R)	458	702,16	77,353	2	,000
	Medio (A)	415	595,41			
	Bajo (V)	335	482,24			

Tabla 58: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial CL

Sentimiento de Grupo (SG)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	225	727,34	53,660	2	,000
	Medio (A)	616	614,13			
	Bajo (V)	367	513,03			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	225	686,35	18,400	2	,000
	Medio (A)	616	600,86			
	Bajo (V)	367	560,42			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	225	466,47	84,126	2	,000
	Medio (A)	616	581,33			
	Bajo (V)	367	728,01			
MBI Total	Alto (R)	225	767,48	89,223	2	,000
	Medio (A)	616	613,31			
	Bajo (V)	367	489,78			

Tabla 59: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial SG

Estima (EST)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	529	739,30	151,711	2	,000
	Medio (A)	490	527,09			
	Bajo (V)	189	427,90			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	529	660,25	26,351	2	,000
	Medio (A)	490	573,37			
	Bajo (V)	189	529,16			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	529	526,63	75,644	2	,000
	Medio (A)	490	620,71			
	Bajo (V)	189	780,43			
MBI Total	Alto (R)	529	735,99	151,405	2	,000
	Medio (A)	490	536,97			
	Bajo (V)	189	411,53			

Tabla 60: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de riesgo en la dimensión psicosocial EST

4.5.4. Satisfacción laboral y síndrome de burnout.

La satisfacción laboral es una dimensión importante a valorar, dado que va a condicionar la calidad del trabajo de los profesionales de enfermería, siendo uno de los indicadores principales a la hora de conocer la situación de respuesta laboral de los trabajadores sanitarios, asociándose en su aspecto positivo con una buena salud mental y ausencia de síndrome de burnout. Por el contrario, la insatisfacción laboral influye negativamente en la calidad y cantidad de trabajo, así con el índice de absentismo laboral, las

altas tasas de rotación e incluso con el abandono de la actividad laboral (Ríos y Godoy, 2008).

Para comprobar la relación existente entre la dimensión de satisfacción laboral y el síndrome de burnout, hemos realizado la prueba de Kruskal-Wallis confrontado, como variable dependiente, el MBI total y sus dimensiones de AE, D y RP con la satisfacción laboral como variable independiente (tabla: 61), apreciándose diferencias significativas en todas las dimensiones, con una clara relación en los valores obtenidos, correspondiendo a situaciones más desfavorables para la salud (rojo), mayores valores de MBI total y de sus dimensiones, y a datos más favorables para la salud (verde), menores valores del MBI total y de sus dimensiones.

Satisfacción laboral (SAT)

Dimensiones MBI	Nivel de riesgo	n	Rango Promedio	Chi-Cuadrado (χ^2)	gl	Significación
MBI Agotamiento emocional (AE)	Alto (R)	271	817,19	209,066	2	,000
	Medio (A)	546	628,69			
	Bajo (V)	391	423,30			
MBI Despersonalización (D)	Alto (R)	271	728,92	51,186	2	,000
	Medio (A)	546	593,11			
	Bajo (V)	391	534,17			
MBI Realización Personal (RP)	Alto (R)	271	464,10	90,921	2	,000
	Medio (A)	546	588,76			
	Bajo (V)	391	723,79			
MBI Total (22 ítems)	Alto (R)	271	827,89	213,708	2	,000
	Medio (A)	546	620,78			
	Bajo (V)	391	426,93			

Tabla 61: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos del MBI Total y de sus dimensiones según el nivel de satisfacción laboral (SAT)

"Prefiero más bien renunciar a mi ambición, hacer menos ruido y tener menos éxito, que poner en peligro mi sistema nervioso".

Sigmund Freud

5. DISCUSIÓN

Capítulo 5

DISCUSIÓN

Para la redacción del presente capítulo dedicado a la discusión, y dada la amplitud de los datos obtenidos y reseñados en el capítulo anterior de "resultados", nos hemos centrado en los objetivos que hemos marcado al inicio de la investigación, siguiendo el orden de los mismos, a fin de abordar los aspectos de interés en base a las hipótesis/preguntas de nuestro estudio.

Se parte del objetivo general y el abordaje de los objetivos específicos, con la discusión de los resultados de la prevalencia y niveles de estrés laboral y de síndrome de burnout de los profesionales de enfermería de atención especializada de diferentes centros sanitarios de titularidad pública y privada de distintas comunidades autónomas, con diferentes modelos organizativos y de gestión de los recursos humanos, analizando las relaciones y diferencias que se establecen entre los centros, tanto en las variables sociodemográficas y laborales, como en los estresores de mayor incidencia y en los factores de riesgo psicosocial relacionados con la actividad laboral y las consecuencias para la salud de los profesionales de enfermería de nuestro estudio.

Este contraste y discusión de nuestros resultados se dirige, siguiendo la línea de fundamentación de las teorías y modelos de referencia de la investigación, a contrastar las hipótesis de partida e intentar aportar nueva y relevante información para abrir nuevas líneas de investigación en el estudio de los factores del medio laboral y de sus consecuencias para la salud de los profesionales de enfermería hospitalarios, así como para definir estrategias preventivas y de abordaje de este importante problema de salud laboral para este importante grupo de trabajadores sanitarios.

5.1. Tasa de participación/respuesta y características socio-demográficas y laborales de la muestra de nuestro estudio.

5.1.1. Tasa de respuesta.

En cuanto a la respuesta obtenida en los profesionales de enfermería de los centros que componen la muestra de nuestro estudio, consideramos que el 84,2% de cuestionarios válidos recogidos de media a nivel de todos los centros (muestra total), sobre el total de cuestionarios entregados, supone una tasa de respuesta muy aceptable, que nos valida los resultados obtenidos con respecto a la realidad existente en el grupo estudiado. Gaynés, et al (2004), en su estudio sobre la producción bibliométrica de análisis del síndrome de burnout, han tenido en cuenta como referencias válidas, todas las investigaciones y estudios realizados a nivel mundial con una tasa de respuesta superior al 60%, porcentaje que se supera ampliamente en todos los centros que componen la muestra de nuestro estudio.

Esta tasa de respuesta, analizando los distintos centros participantes, va desde un 94,1% (centro P2), hasta un 71,3% (centro P3), superando en todos ellos la representatividad de la muestra con respecto al número total de profesionales de enfermería del centro (tabla 5, pág. 142). La tasa media de respuesta en nuestro estudio es una de las más altas de los estudios realizados en los últimos 10 años de similares características, estudios con las tasas medias de participación siguientes: 30% (Esteva, et al 2005); 31,4% (Grau, 2008); 44,3% (Caballero, et al, 2001); 44, 9% (Sánchez, et al 2009); 45,4% (Martín, et al 2006); 47,8% (Grau, et al, 2005); 54,2% (Mingo, 2008); 62,0% (Expósito, et al, 2004); 62,0% (Prieto, et al, 2002); 63,3% (Cáceres, 2006); 64,0% (López y Bernal, 2002); 66,3% (Gómez, et al 2009); 67,4% (Muñoz, et al 2006); 70,0% (Villanueva, et al 2008); 76,2% (López, 2009); 77,6% (Ríos, 2009); 87,0% (Atance, 1997); 97,0% (Pera y Serra-Prat, 2002).

5.1.2. Características sociodemográficas y laborales de la muestra.

De los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de enfermería que componen la muestra de nuestro estudio (n=1208), destacamos que pertenecen a un colectivo muy ligado al "género", con una amplia mayoría de profesionales del sexo femenino (92,8%), porcentaje que tiene diferencias, en algunos casos significativas, si lo analizamos por categoría profesional (enfermeras y TCAE), por centros y por la titularidad de los mismos. Llama la atención el porcentaje de profesionales de sexo masculino en las unidades de hospitalización del centro público P4, cuya participación no llega al 1% (tabla 63 del anexo 8). Igualmente queremos destacar el mayor número de profesionales del sexo femenino en la categoría de TCAE (95,8%), con respecto a la de Enfermeras (90,6%), patrón no homogéneo entre los centros de titularidad pública o privada, ya que en estos últimos, hay un mayor porcentaje de profesionales de sexo masculino (10,7%) que en los centros de titularidad pública (6,0%), que se justifica, según las aportaciones hechas en las respuestas abiertas de alguno de los cuestionarios de dichos centros privados (anexo 6), por la diversidad de tareas y roles asignados al trabajador de sexo masculino (celador, conserje, pinche, etc.), al no tener tan definido el rol específico ni la descripción de los distintos puestos de trabajo, ni existir, en alguno de los centros privados, un marco normativo y funcional al respecto.

La edad media de los profesionales de enfermería de la muestra de nuestro estudio es de 43,05 años, con un amplio rango que va desde los 21 hasta los 65 años.

El estado civil dominante en los profesionales de nuestro estudio es el de casada o con pareja estable (65,3%), siendo el estado civil de soltera más elevado en la categoría profesional de enfermera (26,6%) que en la de TCAE (20,1%), y el estado civil de separada más elevado en la categoría de TCAE (10,7%), que en la de enfermera (7,7%).

La media de hijos por mujer (indicador coyuntural de fecundidad) en los profesionales de enfermería de nuestro estudio es de 1,20 hijos, dato inferior a la media nacional, que en el año 2010 se situaba en 1,37 y que a finales de 2012 había descendido a 1,32 (INE, 2013). La media de hijos por mujer es superior en la categoría profesional de TCAE (1,33) que en la de enfermera (1,11).

De los profesionales de enfermería participantes en nuestro estudio, el 58,2% son enfermeras y el 41,8% son Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), porcentajes muy similares a la media de distribución del equipo de enfermería de las unidades médico-quirúrgicas en los hospitales generales (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

La media de tiempo de ejercicio profesional en la muestra total de nuestro estudio es de 18,57 años con rangos que van desde 1 a 44 años, sin establecerse diferencias en función de la categoría profesional entre enfermeras y TCAE.

La antigüedad en el centro de trabajo oscila entre 1 y 41 años, siendo la media de 14,26 años de antigüedad. Nos ha llamado la atención el alto porcentaje de profesionales que se sitúan en el rango de 1 a 5 años de antigüedad en el centro (33,5%), cuando dicho rango en el tiempo de ejercicio profesional tenía el menor porcentaje de profesionales de la muestra (9,4%), lo que define una *alta rotación externa intercentros*, hasta la consecución de un puesto estable, y la participación como centros de nuestra muestra de hospitales de reciente apertura (Hospital "del Tajo" de Aranjuez en el año 2008, Hospital Nisa Pardo de Aravaca en el año 2007). Este aspecto, objetivado en nuestro estudio a partir de los datos obtenidos en los distintos centros participantes, no hemos encontrado estudios que lo analicen, y aunque, en alguno de los estudios, se relaciona de forma genérica la alta rotación y el abandono de la actividad profesional con el estrés laboral y el burnout, no se han formulado análisis precisos entre las muestras de estudio.

El tiempo en la unidad/servicio actual de trabajo oscila entre varios meses y 40 años, siendo el tiempo medio de 8,3 años. Igualmente nos llama la atención, que más de la mitad de los profesionales de enfermería de nuestra muestra (58,5%) se sitúan en el rango de 1 a 5 años de tiempo en la unidad/servicio actual, lo que indica una *muy alta rotación interna* de los profesionales de enfermería que componen la muestra de nuestro estudio, que se corrobora por el elevado número de cambios de unidad/servicio realizados (el 35,8% más de dos cambios y el 19,5% dos cambios), rotación que parece estar frenada y en fase de asentamiento por el hecho de que el 81,5% manifiesta no querer cambiar de servicio en la actualidad, máxime cuando el 42,5% de los profesionales de enfermería de nuestra muestra, manifiesta haber accedido a la unidad /servicio actual por indicación de la supervisión/dirección, y no por elección personal o voluntaria.

Hemos analizado la existencia de relación de estas características comparando las prevalencias de asignación obligatoria y deseo de cambio de unidad/servicio, resultando ser distintas estas prevalencias, por lo que, la asignación desde la dirección del puesto de trabajo, no implica necesariamente el deseo de cambio de puesto (prueba Mcnemar: χ^2=171,727; p<0,001). Tampoco hemos encontrado estudios que analicen esta alta rotación interna para contrastar nuestro análisis, siendo un aspecto que nos parece interesante de aportar para valorar posteriormente su posible relación con el estrés laboral y el síndrome de burnout.

En cuanto a la condición laboral (tipo de contrato) de los participantes en nuestro estudio, el 78,7% se encuentran en una situación contractual estable (funcionario, estatutario, laboral fijo), y el 21,3% en situación contractual eventual (interino, contrato temporal). Estos datos son similares a los descritos por López, (2009), de un 83,6% del personal de enfermería (n=457), de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma de Murcia. En contra de la realidad contractual actual y de lo que sucede con otras profesiones y áreas de actividad, los centros de titularidad privada tienen mayor porcentaje de profesionales de enfermería con contrato estable o fijo

(88,7%) que los centros de titularidad pública (75,4%). Esta buena situación generalizada de empleo estable para los profesionales de enfermería hospitalarios, se justifica porque hasta hace algunos años (antes de la crisis económica de los últimos años y los altos recortes a los servicios públicos), ante las grandes dificultades de conseguir recursos suficientes de personal de enfermería para dar cobertura a las necesidades de los distintos centros, por la escasez del número de profesionales, como sucede en la actualidad en muchos países desarrollados de nuestro entorno, y a fin de conseguir el número de profesionales de enfermería necesario para los hospitales y evitar su salida a otros centros, se ha utilizado la estrategia de captación y de fidelización a través de la oferta de un empleo estable, más que a través de ofertas salariales más competitivas, dada la poca flexibilidad de modificación del salario, establecido por categorías y niveles profesionales, sobre todo en los centros de titularidad pública.

En cuanto al turno de trabajo más frecuente entre los profesionales de enfermería de la muestra de nuestro estudio, es el turno rotatorio de mañanas→tardes→noches (48,9%), seguido del turno fijo de mañanas, tardes o noches (29,7%) y de turnos de jornada continuada de 12 horas, solapado mañana/tarde y volante (21,4%). Del total de la muestra, el 28% de los profesionales han manifestado su deseo de cambio de turno. Para analizar si las probabilidades de deseo de cambio de turno varían en función del tipo de turno que se realiza, hemos clasificado esta característica en tres grupos (figura 35, pág. 190) "rotatorio" (antiestrés y rotatorio clásico), "fijo" (mañanas, mañanas/tardes y noches) y "otros" (volante, solapado M/T, continuado de 12 horas), cuyas prevalencias de deseo de cambio difiere, obteniéndose la menor estimación (0,120), en el grupo de profesionales que se encuentra en un turno "fijo", y la mayor en el grupo de profesionales que se encuentra realizando alguno de los modelos de turno del apartado "otros" (0,426), principalmente los que realizan el turno de "volante o corre-turno", grupo dominante en el deseo de cambio de turno por la gran insatisfacción y disconfort que genera el continuo cambio de programación para atender a las demandas puntuales de actividad que generan las distintas incidencias.

En nuestro estudio, el número medio de profesionales de enfermería de una unidad hospitalaria de cuidados generales para prestar la atención continuada a una media de 34,2 pacientes en las situaciones de máxima ocupación durante las 24 horas de los 365 días del año, es de 25,07 (12,87 enfermeras y 12,20 TCAE), los cuales, redondeando las medias obtenidas en los mayores porcentajes de distribución de la muestra (figura 37, pág. 194), desarrollan su actividad laboral en los distintos turnos según la siguiente distribución: 6 profesionales de enfermería en el turno de mañana (3 enfermeras y 3 TCAE), 4 profesionales de enfermería en el turno de tarde (2 enfermeras y 2 TCAE) y entre 3-4 profesionales en el turno de noche (2 enfermeras y 2 TCAE ò 2 enfermeras y 1 TCAE ò 1 enfermera y 2 TCAE).

Según esta distribución y atendiendo al número medio de pacientes según los niveles medios de ocupación de una unidad hospitalaria de cuidados generales de nuestro estudio, el número medio de pacientes asignado por grupo básico de trabajo (1 enfermera y 1 TCAE) y que es lo que define la "*ratio media de nº de pacientes por enfermera/TCAE*", es de 9,46 en el turno de mañana, 11,02 pacientes en el turno de tarde y 15,64 pacientes en el turno de noche, ratio muy alejada de los "6 pacientes de ratio por enfermera" que se define como máximo para las unidades de cuidados generales, tras un minucioso estudio y análisis, resultado de un numeroso grupo de investigaciones (Aiken, et al 1994, 1995, 2002; Borrachina, 2002; Kim, 2007), que establecen, a su vez, que una ratio inadecuada, con insuficientes recursos humanos de enfermería para cubrir las cargas de trabajo, no solo incide negativamente en la calidad del resultado, sino que incrementa notablemente y de forma exponencial los riesgos de morbi-mortalidad para el paciente, con aumentos objetivados de infección nosocomial (Kovner, et al 1998; Needleman, et al 2002) y de otros efectos adversos[7], con un incremento en los errores y accidentes en la actuación de

[7] El Grupo de Expertos sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en el 2000 (OMS, 2002) establece que el 10% de los pacientes de los hospitales europeos padece de daños "evitables", consecuencia de la atención recibida, y que del total de estos efectos adversos, el 14% llegan a ser mortales.

los profesionales, asociándose a la presencia de estrés laboral, síntomas psicosomáticos, síndrome de burnout e insatisfacción laboral, como consecuencia de la organización y gestión funcional del trabajo y de la asignación de recursos humanos.

En cuanto al esfuerzo físico que requiere el desarrollo del trabajo, existen diferencias significativas entre las categorías profesionales de la muestra de nuestro estudio (χ^2=62,024; p<0,001), definiéndose un *mayor nivel de esfuerzo físico* en la categoría de TCAE que en la de enfermera.

Para la mayoría de los participantes en nuestro estudio (84,6%), desde el centro de trabajo se ofrece la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización y mejora de las actividades, y existe un alto interés por estas actividades, reconociéndose mayoritariamente las posibilidades de acceso a esta formación, al contrario de lo que se establece en el estudio de López (2009). Realizan actividades de formación continua el 72% del total de la muestra, existiendo diferencias significativas por categoría profesional (χ^2= 31,770; p<0,001), siendo mayor el porcentaje de enfermeras en la realización de estas actividades (78%), que el de TCAE (63,6%).

Antes de abordar la discusión específica de los apartados recogidos en los objetivos e hipótesis de nuestro estudio, hemos considerado importante destacar los *datos de salud percibidos* por los profesionales de enfermería de la muestra, que mayoritariamente ha sido reconocido en niveles positivos (72,2%), con valoración de bueno por el 63,2%, y de muy bueno por el 9,0%.

En el último año, se ha producido en nuestra muestra, un absentismo laboral por enfermedad, con parte de baja, del 26,8% del total de los profesionales participantes en el estudio. Este porcentaje es similar al de otros estudios contrastados (27,9%: López, 2009; 28%: Aleu, et al 2009), pero consideramos que el porcentaje obtenido en nuestro estudio es

En España, en un estudio liderado por el Ministerio de Sanidad realizado en el año 2005 sobre los efectos adversos en la administración de servicios sanitarios define un porcentaje de un 11,6% de efectos adversos, con un 4,4% de fallecimientos (MSC, 2006).

elevado, al no contemplarse entre los procesos de baja, los relacionados con el embarazo, parto o maternidad (bajas maternales pre o postparto). La duración media de los procesos de baja por enfermedad ha sido de 39,46 días. Los procesos respiratorios, los dolores y lesiones de espalda (columna vertebral), los traumatismos y lesiones músculo-esqueléticas, el estrés y síndrome depresivo, son las causas principales del absentismo laboral por enfermedad, aunque la mayor repercusión en cuanto a días perdidos de trabajo la originan, en primer lugar los traumatismos y lesiones músculo-esqueléticas con 3295 días perdidos en 58 procesos, y en segundo lugar los problemas de estrés, agotamiento emocional y síndrome depresivo, con 3024 días perdidos en 30 procesos.

Relacionado con el estado de salud percibido y con el absentismo, el 95,2% de los participantes en nuestro estudio, perciben que su actividad laboral diaria les origina estrés (en grado moderado el 58,8% y mucho el 15,8%), existiendo diferencias según la categoría profesional (χ^2=8,987; p=0,029), siendo mayor esta percepción en la categoría de enfermera que en la de TCAE (anexo 8, tabla 68). Igualmente existen diferencias en la percepción del estrés por centros y titularidad, manifestando globalmente mayor percepción de estrés los profesionales de enfermería de los centros de titularidad pública (anexo 8, tabla 69).

5.2. Discusión en relación al objetivo 1: Prevalencia del síndrome de burnout y relaciones con las variables sociodemográficas y laborales

Antes de discutir los datos de prevalencia del síndrome de burnout y sus relaciones con las distintas variables sociodemográficas y laborales, hemos hecho un breve análisis del instrumento que hemos utilizado para la medición del síndrome: el Maslach Burnout Inventory, en su versión clásica (MBI-HSS), cuestionario originariamente desarrollado por las autoras Maslach y Jackson (1986), para su utilización con profesionales de la salud (servicios humanos). Como ya se ha explicado en el apartado de "Material y Métodos", este

cuestionario compuesto por 22 ítems (preguntas) valora las tres dimensiones del burnout: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (D) y la realización personal (RP).

5.2.1. Características psicométricas del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Como ya hemos mencionado en el apartado 4.4.1 del capítulo de "Resultados", la consistencia interna del cuestionario MBI ha sido globalmente satisfactoria excepto por la dimensión de despersonalización (alfa (α) de Cronbach de 0,491). Esta dimensión, coincidiendo con los argumentado por Gil-Monte y Peiró (1999), plantea algún problema psicométrico que coincide con los resultados de otras investigaciones y estudios similares, en los que, los valores del coeficiente alfa de Cronbach son igualmente bajos, entre α = 0,40 y α = 0,64 (Leiter y Maslach, 1988; Gorp y Schaufeli, 1993; Schaufeli y Dierendonck, 1993; Nelson, et al, 1995; Bhana y Haffejee, 1996; Kantas y Vassilaki, 1997; Peeters y Rutte, 2005; Piko, 2006; Meda et al. 2008**).** Estos resultados se confirman igualmente en estudios realizados en nuestro país entre los que cabe destacar los realizados por Oliver (1993), [α = 0,55]; García, et al (1994), [α = 0,34]; Gil-Monte y Peiró (1996), [α = 0,52]; Grau (2008), [α = 0,61]; Olivares, et al (2009), [α = 0,48].

5.2.2. Prevalencia del síndrome de burnout y de los valores obtenidos en las dimensiones del MBI

Del análisis de los resultados de prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de nuestro estudio destacamos los siguientes puntos:

- Los valores medios obtenidos en los profesionales de enfermería de nuestra muestra para las dimensiones del MBI son: 19,35 para la dimensión de agotamiento emocional (AE), 6,73 para la

despersonalización (D) y 34,57 para la realización personal (RP). Estos datos se asemejan a los obtenidos por Gil-Monte y Peiró (2000), en una muestra multiprofesional compuesta por 1188 trabajadores, de los cuales, 568 eran profesionales de enfermería, cuyo análisis descriptivo de los valores medios de las dimensiones fueron: 20,39 en AE, 6,36 en D y 36,02 en RP.

- En base a los valores de corte de referencia (Tabla 7, pág. 153), utilizados en España para estudios similares (Seisdedos, 1997; Gil-Monte y Peiró, 2000), los valores medios obtenidos en la muestra de nuestro estudio, se sitúan en el nivel medio del síndrome de burnout, destacando como media más elevada la obtenida en la dimensión de realización personal.

- De acuerdo a los valores medios obtenidos, hemos clasificado a los profesionales de enfermería que componen la muestra de nuestro estudio en tres niveles (bajo, medio y alto) en cada una de las dimensiones del síndrome de burnout[8]. Un 27,3% de los participantes presenta niveles altos de agotamiento emocional, un 27,1% obtienen niveles altos de despersonalización y un 39,2% obtienen bajos niveles de realización personal, dimensión que tiene una relación inversa con las anteriores dimensiones, por lo que, los bajos valores en RP, se identifican con valores altos de burnout.

Si consideramos que el síndrome de burnout se define, según establecen las autoras del MBI, cuando existen altos niveles de agotamiento emocional, altos niveles de despersonalización (con valores en el tercil superior de ambos), y niveles bajos de realización personal (valores en el tercil inferior), el porcentaje de profesionales de nuestro

[8] Según los valores de corte de referencia en la población de enfermería utilizados, puntuaciones superiores o iguales a 25 indican un nivel alto en agotamiento emocional (AE), entre 16 y 24 y por debajo o igual a 15, un nivel bajo. En la dimensión de despersonalización (D), una puntuación superior o igual a 10 indica un nivel alto, entre 4 y 9 un nivel medio y puntuaciones iguales o por debajo de 3, un nivel bajo. En la dimensión de realización personal (RP), puntuaciones inferiores a 34 se consideran altas para el síndrome de burnout (SB), entre 34 y 39 un nivel medio para el SB, e iguales o superiores a 40, nivel bajo para el SB.

estudio que cumplen estos requisitos en las tres dimensiones y que definen *la prevalencia del síndrome de burnout, es del 8,2%*. Esta prevalencia está en un nivel medio con respecto a otros estudios revisados (1,4% en Arias y Castro, 2012; 5,5% en Ríos, 2009; 6,73% en Parada, et al, 2005; 6,8% en Palmer, el al, 2007; 9,4% en Núñez, et al, 2010; 11,4% en Grau, et al, 2007; 24,00% en Cruz, el al, 2011; 31% en Órdenes, 2004; 33,6% en Martínez y López, 2005; 59% en Cáceres, 2006). Ante estas diferencias en los datos de prevalencia, es necesario apuntar que, utilizándose el mismo instrumento de medición (MBI-HSS), no existe unanimidad de criterio a la hora de definir la existencia de burnout, existiendo diversas interpretaciones metodológicas, que hacen imposible poder comparar correctamente estos datos de prevalencia. Para ello se deberían mantener separadas las puntuaciones de cada dimensión sin interpretar una puntuación final resultado de la suma de las anteriores, y estar en conjunto todas las dimensiones en el tercil de alto nivel de burnout como aconsejan las autoras del instrumento de medición (Maslach y Jackson, 1986). A este respecto hay estudios que no utilizan las mismas puntuaciones de corte (Martínez y López, 2005; Grau, et al, 2005), otros estudios definen como prevalencia de burnout y casos del síndrome aquellos con la puntuación alta en alguna de las tres dimensiones (López y Bernal, 2002; Gil, et al, 2005; Cáceres, 2006; Ordenes, 2004), elevándose el porcentaje de prevalencia de forma significativa.

- Además de la prevalencia real del 8,2%, considerando los valores elevados de burnout en las tres dimensiones del síndrome, y ante las diferentes interpretaciones existentes en la delimitación del porcentaje de casos, hemos considerado importante definir una **escala del riesgo de síndrome de burnout**, considerando las puntuaciones elevadas en las dimensiones del MBI, según las cuales, un 13,2% de los profesionales de nuestro estudio se encuentran en una situación de *riesgo muy alto* de síndrome de burnout, al presentar valores altos en dos de las dimensiones y valores medios en la tercera, un 4,5% en

situación de *riesgo alto,* al presentar valores altos de burnout en dos dimensiones y bajos en la tercera, un 13,2% se encuentran en situación de *riesgo medio-alto* al presentar una dimensión en niveles altos y las otras dos en niveles medios, un 27,7% un *riesgo medio* al presentar una dimensión con puntuaciones altas, otra con puntuaciones medias y otra con bajas puntuaciones ò una dimensión con puntuaciones altas y las otras dos dimensiones con puntuaciones bajas o las tres dimensiones con valores medios (tabla 17, pág. 218). El resto de los participantes en nuestro estudio estarían en situación de *riesgo medio-bajo* (13,5%), *bajo* (12,2%) o *sin riesgo* (7,5%) con respecto al síndrome de burnout.

- Existen diferencias significativas con respecto a la presencia de síndrome de burnout por centro de trabajo, en el MBI total (χ^2= 37,344; p<0,001) y en las dimensiones de despersonalización (χ^2= 57,181; p<0,001) y de realización personal (χ^2= 66,625; p<0,001), no existiendo diferencias en la dimensión de agotamiento emocional (χ^2= 15,309; p=0,288).

- Atendiendo a la titularidad del centro, existen diferencias significativas en todas las dimensiones del MBI, entre los centros de titularidad pública y privada. Llama la atención, que en contra del criterio existente, obtienen mayores rangos promedios y valores más altos de MBI total, AE, D y RP, los centros de titularidad pública (tabla 20, pág. 220), que los de titularidad privada, caracterizados por políticas de recursos humanos y de condiciones laborales y salariales más restrictivas. En contrapartida, y según los datos que nos aportan los profesionales de nuestro estudio en las opciones abiertas del cuestionario, los centros privados, cuidan más la promoción de cada profesional en base a su esfuerzo y trabajo, el reconocimiento por lo que se hace, la valoración de méritos y mayor soporte interno por parte de la dirección.

- Atendiendo al modelo de gestión funcional y de los recursos humanos de los centros estudiados, existen diferencias significativas en el MBI total (χ^2= 20,317; p<0,001) y en las dimensiones de despersonalización (χ^2=

28,293; p<0,001) y de realización personal (χ^2= 28,281; p<0,001), siendo más elevados los valores de rango promedio en el modelo de gestión autoritario, burocrático y vertical (MG1), que en los modelos más horizontales o participativos y con mayor autonomía funcional de los profesionales (MG2 y MG3).

Es importante destacar que los valores de la media y de los rangos promedios de las dimensiones RP y MBI total (tablas 24 y 25, pág. 223), son más positivos en el MG2, modelo más protector, con autonomía limitada, y estilo de mando directivo, pero con un buen soporte y apoyo por parte de los superiores y buen clima de trabajo en equipo, que en el MG3, en el que hay más capacidad de autogestión y mayores niveles de responsabilidad y autonomía en los profesionales (modelo de gestión clínica), modelo que está dando lugar a posicionamientos controvertidos entre los trabajadores de las diferentes categorías profesionales y niveles jerárquicos por las diferentes estrategias de desarrollo en la realidad hospitalaria, muy diferente a los positivos argumentos teóricos del modelo[9].

5.2.3. Relaciones del síndrome de burnout con las variables sociodemográficas y laborales.

En cuanto a las relaciones existentes entre las distintas variables sociodemográficas y laborales y el síndrome de burnout, los resultados obtenidos nos permiten confirmar que:

[9] El Modelo de Gestión Clínica, a nivel teórico pretende incrementar la eficiencia del Sistema Sanitario, mejorando la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos y dotando a los profesionales de la autonomía y responsabilidad necesarias para que puedan tomar decisiones en beneficio de los pacientes, gestionando la demanda desde criterios éticos, epidemiológicos y científicos y con la potenciación del trabajo en equipo (Instituto Nacional de la Salud, 2001).

Características del Modelo de Gestión clínica:

- Autonomía de gestión. Descentralización y horizontalización de la gestión.
- Participación en la definición de objetivos con asignación de recursos necesarios.
- Mayores responsabilidades en la toma de decisiones y logro de objetivos.
- Normatización de la práctica: utilización de procedimientos, normas, guías con mejoras en la eficacia y efectividad de la actividad clínica. Mejor evidencia científica.

- Con referencia a la variable de "**sexo**", no existen diferencias significativas de género entre hombres y mujeres con respecto a la incidencia y prevalencia del burnout en ninguna de las dimensiones del MBI en nuestra muestra de estudio. Esta confirmación se establece igualmente en alguno de los estudios revisados (Cáceres, 2006; Grau, et al, 2007; Órdenes, 2004; Núñez, et al, 2010; Castillo, et al, 2012; Arias y Castro, 2013). Otros estudios han obtenido diferencias significativas en la variable "sexo", entre hombres y mujeres, siendo el burnout más prevalente en las mujeres, sobre todo, en la dimensión de agotamiento emocional (Atance, 1997; Manzano y Rámos, 1999; Albadalejo, et al (2004); Ríos, 2009; Ortega, et al, 2009), relacionado con la sobrecarga de trabajo que origina la doble presencia (profesión y entorno doméstico), existiendo en los hombres mayores puntuaciones en la dimensión de despersonalización (Gil-Monte, 2002b; Martínez y López, 2005; Soler, et al, 2008; Millán y Mesén, 2009; Houkes et al, 2011), aunque en alguno de estos estudios se apunta, a nuestro criterio muy acertadamente, la posibilidad del sesgo en esta variable al constituir el sexo femenino un porcentaje muy elevado de la muestra, por encima del 80% en muchos de los estudios. Grau, et al, (2007), relacionan el hecho de ser mujer con un efecto protector ante el síndrome de burnout, especialmente en la dimensión de despersonalización.

- Con respecto a la variable "**edad**", existen diferencias significativas en los grupos de edad y la incidencia y prevalencia del MBI total y de las dimensiones despersonalización y realización personal (tabla 27, pág. 225). Es el grupo de edad entre 36 y 50 años, el que mantiene valores de media y rango promedio más elevados de MBI total y de AE, y los valores más bajos de RP (figura 52, pág.226). Se puede explicar el que los valores de burnout sean más elevados a partir de los 10-15 años por la exposición crónica a estresores, hasta que minan la resistencia profesional y acaba instaurándose el síndrome. En esta línea argumental coinciden los trabajos de Atance, (1997); Olmedo, et al (2001); López y

Bernal, 2002; Prieto, et al, (2002), Parada, et al, 2005; Ahola, el al, 2006; Bernaldo y Labrador, (2008).

Hillhouse y Adler, (1997), obtienen resultados similares que justifican de forma breve, retórica y clara afirmando: "*Se da a partir de los 10 años de actividad profesional, cuando ya se han perdido los ideales, olvidado los objetivos marcados en la juventud y la rutina ha eliminado las ilusiones*". Otros estudios (Manzano y Ramos, 1999; Albar, et al, 2004, Garnes, 2005; Simón, et al, 2005), refieren que es en los primeros años de vida profesional en los que se dan valores más elevados de burnout, por el choque entre las expectativas creadas y la realidad que se encuentran los profesionales en los hospitales.

El grupo de edad que tiene en nuestro estudio los valores de media y rango promedio más elevados en despersonalización (D) es el de más de 50 años (de 51 a 65 años). Estos valores se asemejan a los resultados obtenidos en estudios consultados (Atancé 1997; Martínez y López, 2005), mientras que hay otros estudios que no encuentran diferencias significativas (Albaladejo, et al, 2004; Quiroz y Saco, 2003; Perezagua, et al, 2003, Ordenes, 2004).

- En cuanto a la variable "**estado civil**" y prevalencia de síndrome de burnout, no se aprecian diferencias significativas en los profesionales de nuestro estudio entre las distintas alternativas (soltera, casada-pareja estable, separada/divorciada o viuda). Existen resultados coincidentes en varios estudios analizados (Grau, et al, 2007; Órdenes, 2004; Villanueva, et al, 2008; Castillo, et al, 2012; Arias y Castro, 2013). En contraposición, hay estudios que han encontrado alguna diferencia con valores más positivos y menos estrés y burnout, en el estado civil de "casada" (Caballero, et al, 2001; Perezagua, et al, 2003, Simón, et al, 2005; Cáceres, 2006; Grau, et al, 2007), estableciendo como elemento amortiguador del síndrome una "estable relación familiar con hijos a su cargo". Otros estudios (Albaladejo, et al, 2004; Millán y Mesén, 2009) establecen que el estado de casado puntúa más alto en AE y más bajo

en RP, relacionándose con el síndrome de burnout más que el resto de situaciones contempladas en estado civil.

- Tampoco se aprecian diferencias significativas en los profesionales de nuestro estudio entre los valores del MBI y de sus dimensiones y la "**categoría profesional**" de enfermera y de TCAE, como sucede en otros estudios revisados (Farrerons y Calvo, 2008; Ríos y Godoy, 2008). Algunos estudios establecen diferencias significativas entre las dos categorías profesionales (Tomás y Fernández, 2002; Albaladejo, 2004), con mayores valores de D y menores de RP en la categoría de "enfermera" que en la de "TCAE". Simón, et al, (2005), establecen que la categoría de enfermera está más expuesta a estresores laborales y presenta mayor nivel de estrés y presencia de burnout que la categoría de TCAE. Fornés, et al (1993), por el contrario refiere mayores niveles de burnout cuanto menor es la categoría profesional.

- En cuanto a la variable "**condición laboral**", existen diferencias significativas entre los profesionales participantes en nuestro estudio con "puesto estable o fijo" y los que tienen un "contrato eventual" en los valores de rango promedio del MBI total y de las dimensiones AE y D (tabla 30, pág. 229). Nos ha llamado la atención que, en contra de lo que sucede en otras disciplinas y actividades laborales, son los profesionales con puesto de trabajo fijo o estable, los que presentan los valores de rango promedio más elevados en AE, D y MBI total y más bajos en RP, estando en peor situación con respecto al síndrome de burnout que los profesionales eventuales. En esta línea coinciden muchos de los estudios revisados (Ríos y Godoy, 2008; Villanueva, et al, 2008; Bernaldo y labrador, 2008; Albaladejo, et al, 2004; López y Bernal, 2002; Olmedo, el al, 2001).

Nuestra interpretación a estos valores es que los profesionales en situación de contrato eventual son más jóvenes y de reciente incorporación al centro, con menos tiempo de actividad y mayor ilusión en el desarrollo de una actividad profesional elegida y con menos

relación y exposición temporal a los estresores relacionados con la instauración del síndrome, que el grupo de profesionales fijo. Caballero, et al, (2001), relacionan los valores más elevados de MBI y sus dimensiones en la población de enfermería con plaza en propiedad, con la falta de expectativas de mejora y la ausencia de carrera profesional.

- La "**unidad/servicio de trabajo**", es otra de las variables en nuestro estudio en la que se aprecian diferencias significativas con respecto al MBI total y las dimensiones de AE, D y RP (tabla 31, pág. 231). Destacan los valores medios más elevados en MBI total, AE y D, y valores medios más bajos en RP, en los profesionales que desarrollan su actividad en las unidades/servicios de medicina interna, cardiología y traumatología. Por el lado más positivo con respecto a la prevalencia del síndrome de burnout, obtienen valores más bajos en MBI total, AE y D y más altos en RP, los profesionales que desarrollan su actividad en las unidades/ servicios de urología, especialidades quirúrgicas (otorrinolaringología, oftalmología), cuidados paliativos y pediatría. Fagoaga e Imbermón, (2000); Solano, et al, (2002); Román, (2003); Poncet et al, 2007; Ríos, et al (2008) refieren alta prevalencia de burnout en las unidades de cuidados intensivos y de urgencias, con valores más altos en la dimensión de AE. Albaladejo, et al, (2004) en el estudio realizado en el hospital Carlos III de Madrid, identifican mayor prevalencia de burnout y especialmente en la dimensión AE, en las unidades de Oncología y de urgencias.

- En cuanto a la influencia que pueda tener la asignación "obligatoria" o "voluntaria" a la unidad/servicio de trabajo en la prevalencia del burnout, la comparación de las variables nos aporta diferencias significativas para el MBI total (Test de Man-Whitney=159804,000; Z=-3,081; p=0,002), y para la dimensión de AE (Test de Man-Whitney =164472,500; Z=-2,303; p=0,021). Igualmente nos llama la atención que los profesionales con valores más altos en rango promedio de MBI total, AE y D, y más bajos en RP son los que han accedido de forma voluntaria a la unidad/servicio en el que desarrollan la actividad.

- La variable "**turno de trabajo**" y su relación con el síndrome de burnout, ha sido uno de los aspectos más ampliamente abordado en los estudios existentes (Fagoaga e Imbernón, 2000; Solano, et al, 2002; Alimoglu y Donmez, 2005; Martín, et al, 2007; Hamaideh, et al, 2008, Golubic, et al, 2009; Kubo, et al, 2011; Castaño, 2013). En nuestro estudio se dan diferencias significativas entre turno de trabajo y MBI total (χ^2= 12,811; p=0,046), y la dimensión de despersonalización (χ^2= 15,132; p=0,019). Los valores de rango promedio más elevados en el MBI total y en las dimensiones AE y D se obtienen en el turno rotatorio de ciclo corto o "antiestrés". Igualmente obtiene valores elevados el turno de jornada continuada de 12 horas, también adoptado en los últimos años como amortiguador del agotamiento emocional, cansancio, y facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral. Estos resultados que se confirman en varios de los estudios revisados (Hoffman y Scott, 2003; Martínez y López, 2005), vienen a cuestionar la utilidad y validez de una de las pocas estrategias de mejora desarrolladas en los últimos años por los responsables de la gestión de los recursos humanos de los centros hospitalarios, como iniciativa de prevención o actuación ante el estrés laboral y síndrome de burnout.

  En contraposición, el turno de noches fijas, clásicamente relacionado con el estrés laboral y causa de burnout (Afeche y Cipolla, 1999; Perdomo, 2002; Mingote y Pérez, 2003; Alimoglu y Donmez, 2005; Winwood, et al, 2006; De Melo y Ferraz, 2013), es el mejor valorado por nuestra muestra de estudio, seguido del turno fijo de mañana (figura 58, pág.234).

- En cuanto a la relación que se establece entre el síndrome de burnout y la variable de "**número de profesionales por turnos de trabajo**" (mañana, tarde y noche), examinando los valores de los rangos promedios (prueba de Kruskal-Wallis) del MBI total y de sus dimensiones, no se obtienen diferencias significativas, a excepción de la dimensión de AE, en el turno de tarde (χ^2= 8,783; p=0,036).

Estos datos no significan que el número de profesionales por turno de trabajo no influya en el estrés laboral y en el síndrome de burnout; de hecho, una "ratio" elevada de pacientes por enfermera, va a dar lugar a una gran sobrecarga laboral, que origina mayor riesgo de morbi-mortalidad para los pacientes, mayor número de errores humanos que puedan incidir negativamente en su salud y recuperación, mayores efectos adversos por el ritmo acelerado de la actividad (aumento de infecciones nosocomiales, mayor número de errores en el trabajo, aumento de accidentes laborales, mayor rotación en el trabajo, etc.), como establecen varios estudios que han analizado un gran número de centros y grupos profesionales de enfermería (Chacón y Grau, 1997; Aiken, et al, 1993, 2002).

En nuestro estudio, entre los estresores más destacados de los 67 propuestos como origen de la tensión y estrés (figura 64, pág. 248), aparecen los estresores: "*las consecuencias de mis errores para los pacientes*" en primer lugar, la "*escasez de personal*", en tercer lugar, la "*sobrecarga de trabajo*" en cuarto lugar, la "*falta de tiempo para hacer las cosas*" en undécimo lugar, el "*no poder dedicar más tiempo a los pacientes que lo necesitan*" en duodécimo lugar, y "*que me requieran en varios sitios a la vez*" en decimotercer lugar. Entre los 20 estresores de mayor puntuación por los niveles de ansiedad y estrés que originan, siete están directamente relacionados con la escasez del número de profesionales para poder desarrollar adecuadamente el trabajo. Por lo tanto, la falta de diferencias significartivas entre los distintos turnos de trabajo, vistas las medias elevadas en todos los turnos, nos viene a confirmar que existen deficiencias similares de personal de enfermería en los tres turnos de trabajo.

- Por lo que respecta a la variable "**esfuerzo físico del trabajo diario**" y su relación con el síndrome de burnout, existen diferencias significativas entre los distintos niveles de esfuerzo y los valores del MBI total (χ^2= 39,120, p<0,001) y de las dimensiones AE (χ^2= 90,327; p<0,001) y D

(χ^2= 17,261; p=0,001). Los mayores valores medios del MBI total, AE, D y RP están en la opción de intenso esfuerzo y los más bajos en la opción "ligero esfuerzo".

Igualmente existen diferencias significativas entre el esfuerzo físico que requiere la actividad que se realiza y la categoría profesional (χ^2=62,024, p<0,001), siendo identificado como más "intenso" el esfuerzo físico por las TCAE (44,2%) que por las enfermeras (24,3%), situación que nos parece lógica, al ser las TCAE las responsables habituales de las actividades de cuidados más pesadas, que conllevan la movilización de pacientes y equipos, mientras que las enfermeras son más responsables de aspectos técnicos y especializados del cuidado que no requieren tanto esfuerzo físico (figura 38, página 195).

5.3. Discusión en relación al objetivo 2: Analizar en qué medida las dimensiones del síndrome de burnout se relacionan con la salud y el estrés percibido, así como con los problemas psicosomáticos y tasa de absentismo por enfermedad.

5.3.1. Relación entre el síndrome de burnout y las variables "salud percibida" y "absentismo laboral".

Por lo que respecta a la relación que se establece entre el "estado de salud percibido" por los profesionales de enfermería participantes en el estudio y el síndrome de burnout, los hallazgos obtenidos nos indican diferencias significativas en los valores de MBI total (χ^2=136,087, p<0,001), y de las dimensiones AE (χ^2=157,622; p<0,001), D (χ^2=21,452; p<0,001) y RP (χ^2=45,345; p<0,001). Esta relación significativa entre el síndrome de burnout y los problemas de salud percibido por los trabajadores se han puesto de manifiesto en diferentes estudios revisados (Hätinen, et al, 2004; Gil-Monte, et al, 2006; Honkonen, et al, 2006).

Tanto los valores medios, como los valores de rango promedio del MBI total y de las dimensiones AE y D, mantienen una relación directa, por la que, a peor estado de salud percibida, mayores valores de media y de rango promedio, e inversa con la dimensión RP, correspondiendo valores más bajos cuanto peor es el estado de salud percibido (figura 60, página 240).

Para analizar esta estrecha relación entre estado de salud percibido y el síndrome de burnout, es importante tener en cuenta el número de bajas laborales por procesos de enfermedad, los días de ausencia al trabajo (absentismo laboral justificado) y la causa de este absentismo o baja (variables 34, 35 y 36 del cuestionario de recogida de datos de nuestro estudio).

En nuestro estudio, el porcentaje de participantes que han tenido algún proceso de enfermedad con baja laboral en el último año, ha sido del 26,8% del total de la muestra, porcentaje situado en niveles medios con respecto a otros estudios que analizan el absentismo laboral por baja médica en los profesionales de enfermería (25,9% en Alcalde, 1992; 27,9% en López, 2009; 28,0% en Aleu, et al 2009; 36,5% en Martínez et al 2008; 52,7% en Calera y Segura, 1998), aunque en nuestro estudio no están consideradas las bajas relacionadas con el embarazo y la maternidad, procesos que en el estudio de López (2009), ocupan un porcentaje elevado de casos (21,2% del total de las bajas).

El índice de duración media de la baja (DMB) en nuestro estudio, es de 39,46 días, valores medios con respecto a otros estudios revisados de absentismo por baja laboral en los profesionales de enfermería (29,03 días en Martínez et al, 2008; 35,5 días en Calera y Segura, 1998; 45,59 días en López, 2009), pero muy superiores a los valores de la población trabajadora en general, siendo las profesiones sanitarias en general y la de enfermería en particular, la que registra una de las tasas más elevadas de procesos que cursan con baja laboral (Calera y Segura, 1998; Ritchie, et al 1999; Kivimäki, 2001; López, 2002; Gestal, 2003; Martínez, et al 2008).

Hemos relacionado el absentismo con el síndrome de burnout comparando los valores de MBI y de sus dimensiones entre los profesionales con baja por enfermedad durante el último año y los que no han tenido baja por enfermedad, existiendo diferencias significativas en los valores de MBI total (Test de Man-Whitney =128443,000; Z=-2,792; p=0,005) y en la dimensión de agotamiento emocional (Test de Man-Whitney =126042,000; Z=-3,241; p=0,001), y moderadas diferencias, aunque no significativas, en las dimensiones de despersonalización y realización personal (tabla 39, pág.241). Los valores medios de las dimensiones, así como los rangos promedios son más altos en las dimensiones MBI total, AE y D y más bajos en la dimensión RP, en los profesionales de enfermería con bajas por enfermedad durante el último año, que en los que no han tenido baja (tabla 39 y figura 61, pág. 241).

La relación del absentismo laboral por enfermedad en enfermería con el síndrome de burnout ha sido descrita ampliamente (Gil-Monte, 2002b, 2008; Uribe y Jaramillo, 2002; Gestal, 2003; Ahola, et al, 2008; Martínez, et al 2008; Greice y Carvalho, 2008; Davey, et al 2009, Aleu et al, 2009; Blanca, et al, 2012; Cremades, et al, 2011), siendo variadas las interpretaciones al respecto, dominando como argumento coincidente etiológico, las condiciones desfavorables del trabajo (sobrecarga laboral, conflicto de roles, trabajo a turnos, relación con la enfermedad, dolor y muerte, falta de autonomía y reconocimiento, etc.), y con una mayor exigencia para la mujer (Taylor, 1989), dado que social y culturalmente asume un mayor compromiso en la "doble presencia" o doble actividad (entorno laboral y entorno familiar/doméstico), por lo que, el absentismo, en muchos casos, se enmarca en altas y continuadas demandas hacia la mujer (González, 1999; Alberdi y Escario, 2007), que acaban minando su resistencia, originando procesos de enfermedad o alteración de la normalidad. Estas situaciones son especialmente visibles en profesiones vinculadas tradicionalmente al género, como es el caso de la enfermería hospitalaria, con un porcentaje de profesionales del sexo femenino que supera el 80%.

Nos parece importante realizar un breve análisis y una argumentación razonada a los datos obtenidos sobre los factores etiológicos o procesos mórbidos que han originado el absentismo "legal" o justificado en los participantes en nuestro estudio, así como las repercusiones del mismo para el propio profesional, para los pacientes y para la institución y el entorno de trabajo. Con este objetivo, destacamos que:

- El mayor número de casos de baja por enfermedad (24,7%) está causado por procesos respiratorios estacionales, coincidiendo con otros estudios revisados (Escrivá, et al, 1992; Buitrago, 1993; Royo, 1999; López, 2002; Toppinen-Tanner, et al 2005; Martínez, et al 2008). Siendo los procesos respiratorios estacionales la primera causa de absentismo por enfermedad, tiene muy poca repercusión en los días perdidos de trabajo, que suponen solamente el 4,1% del total de los días de absentismo anual entre los participantes de nuestro estudio. En contraposición a estos datos, el cuarto puesto por número de casos de baja lo ocupan los "problemas de estrés y sobrecarga emocional", en el que están incluidos procesos como el agotamiento emocional, la depresión y crisis de angustia que, con 33 casos, han originado una pérdida de 3024 días de trabajo (25,1% del total del absentismo de la muestra de estudio).

  González (2006), estima que el 54% del absentismo está relacionado de forma directa o indirecta con el estrés, y que el estrés es el responsable de entre el 60% y el 70% de los accidentes que se producen en el trabajo. En base a las aportaciones de varios estudios revisados (Párraga, 2005; Cámara, et al 2010), más del 50% del absentismo derivado de la presión y estrés laboral, y que en muchos casos se esconde con un diagnóstico médico de depresión, es evitable desde el clima y estructura organizacional, mejorando las condiciones del entorno laboral e implementando programas preventivos de soporte social y programas de formación y adiestramiento especializado para mejorar los recursos y habilidades de control y manejo del estrés.

- El segundo puesto por número de casos de procesos de enfermedad con baja laboral lo ocupa el dolor/lesión de espalda (columna vertebral), con 63 casos y un 17,9% de de los días perdidos de trabajo del total de la muestra, predominando los diagnósticos de lumbalgia y cervicalgia. Estos procesos dominantes coinciden con estudios similares (Morata y Ferrer, 2004; Feuerstein, et al, 2004; Borges, et al 2004).

- En el tercer puesto por número de casos y relacionado con el anterior, se encuentran las lesiones musculo-esqueléticas, que con 58 casos, se sitúa en el primer lugar en cuanto a días de absentismo por baja de enfermedad con un 25,7% del total de los días perdidos de trabajo en el total de la muestra. Al igual que sucedía con los problemas respiratorios, estos problemas de salud, mantienen similares posiciones en el 85% de los estudios revisados que abordan las causas del absentismo en enfermería (Escrivá, et al, 1992; Buitrago, 1993; Royo, 1999; López, 2002; Toppinen-Tanner, et al 2005; Martínez, et al 2008).

  Existe suficiente literatura y evidencia científica que relaciona estos problemas de salud, con los factores psicosociales del trabajo, estrés laboral y el síndrome de burnout (Martín y Sanz, 1992, Mola 1996; Berstard y Larduel, 1998; Knardahl, 2000; Gestal, 2003; Feuerstein, et al 2004; Morata y Ferrer, 2004; Valecillo, et al, 2009). Elovainio y Sinervo, (1997) para explicar la relación entre los factores psicosociales laborales, estrés y tensión, en la instauración de procesos de lumbalgia o en su agravamiento, sugieren dos modelos: el modelo de "carga física" y el modelo de "estrés psicológico". En el primero, Bongers, et al. (1993), establecen que el estrés psicosocial afecta a la carga física por movimientos incorrectos debidos a la rapidez en la ejecución de actividades de carga y transferencia de pacientes (por prisas y sobrecarga laboral), incidiendo en la aparición de lesiones músculoesqueléticas. En el segundo modelo según La Rocco, et al (1980) está determinado por el modo en que el profesional de enfermería afronta el estrés derivado del trabajo, que en muchos casos

va a dar lugar a una mayor tensión muscular, originando la aparición o la cronificación y agravamiento de los síntomas musculoesqueléticos.

- Estas consideraciones, clarifican algunas de las circunstancias que inciden en el absentismo laboral y que sitúan a la enfermería hospitalaria como el colectivo con un mayor número de casos de incapacidad laboral transitoria (ILT), en comparación con las restantes ocupaciones sanitarias (Ritchie, et al 1999; Artiga, 1997). El efecto de este absentismo sobre el propio profesional afectado, sobre el paciente y sobre la organización del trabajo es negativo en relación con la calidad y continuidad en la prestación del servicio asistencial, generando problemas relacionales y de sobrecarga en los equipos de trabajo, dada la precariedad de recursos humanos para dar cobertura al absentismo, lo que incide en mayores niveles de estrés colectivos que van a poner en peligro la salud laboral de los profesionales y a ampliar el riesgo de incremento del absentismo, convirtiéndose en un “círculo vicioso” difícil de controlar.

5.3.2. Relación entre el síndrome de burnout y las variables de "estrés percibido" e "influencia en la salud".

El nivel de estrés percibido relacionado con el desarrollo de la actividad profesional, nos aporta una valoración cualitativa importante, que identifica la realidad individual y colectiva de los profesionales que componen la muestra de nuestro estudio en su puesto de trabajo. En el primer estudio exploratorio que hicimos en el Hospital Provincial “San Telmo” de Palencia, en el año 1992, un 58% de los profesionales de enfermería manifestaron tener algún nivel de estrés a causa de su trabajo, mientras que, un 40% no sentían ningún estrés. En el segundo estudio que realizamos en el año 2001 en el mismo centro y tras varios cambios en los modelos de gestión de los recursos humanos, la apreciación subjetiva de algún nivel de estrés se elevó hasta el 90% de los profesionales. En este estudio, con una muestra diferente que engloba a 14 centros hospitalarios de diferentes comunidades

autónomas y con distintos modelos de gestión administrativo-financiera y funcional, *el 95,2%* de los profesionales de enfermería participantes, perciben que su actividad laboral diaria les origina estrés en alguna medida (mucho estrés el 15,8%, moderado estrés el 58,8% y poco estrés el 20,6%). Estos datos que parecen extremadamente elevados, y lo son con respecto a otras actividades, son similares a los obtenidos en otros estudios realizados con los profesionales del ámbito sanitario (el 84% en SATSE, 2012; el 92,5% en Santamaría y Soto, 2005; el 86,6% en Ribera, et al, 1993).

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis para conocer la relación entre la percepción subjetiva de estrés por el trabajo que se realiza y el síndrome de burnout, se objetivan diferencias significativas en el MBI total (χ^2=230,857; p<0,001) y en las dimensiones AE (χ^2=384,621; p<0,001), D (χ^2=29,411; p<0,001) y RP (χ^2=21,785; p<0,001).

Los valores medios y rangos promedios de las distintas opciones de percepción de estrés (mucho, moderado, poco y nada), mantienen una relación directa con el MBI total y las dimensiones AE y D, por lo que, a mayor nivel de estrés percibido, mayores valores de dichas dimensiones (mayor burnout), y una relación inversa con la dimensión RP, por lo que, a mayor nivel de estrés percibido, valores más bajos de realización personal (Figura 62, pág. 244).

El 95,4% de los profesionales que han participado en nuestro estudio, consideran que el estrés que les origina el desarrollo de su trabajo habitual tiene influencia en el estado de salud, situándose el 70% del total entre las opciones de bastante y mucha influencia (figura 46, pág. 204), sin existir diferencias significativas en esta percepción entre las categorías profesionales de enfermera y TCAE (χ^2 = 7,224; p=0,065).

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis para conocer la relación entre la percepción de afectación de la salud por el estrés generado en el desarrollo de la actividad laboral y el síndrome de burnout, se objetivan, al igual que en la variable anterior de percepción de estrés, diferencias significativas en el

MBI total (χ^2=168,270; p<0,001) y en las dimensiones AE (χ^2=286,146; p<0,001), D (χ^2=24,472; p<0,001) y RP (χ^2=12,794; p=0,005).

Los valores medios y rangos promedios de las distintas opciones de percepción de la influencia del estrés laboral en la salud (mucha, bastante, poca y ninguna), mantienen una relación directa con el MBI total y las dimensiones AE y D, por lo que, a mayor percepción de influencia del estrés en la salud, mayores valores de dichas dimensiones (mayor burnout), y una relación inversa con la dimensión RP, por lo que, a mayor percepción de influencia del estrés en la salud, valores más bajos de realización personal (Figura 63, pág. 245).

5.3.3. Relación entre el síndrome de burnout y los síntomas/problemas psicosomáticos.

Como ya hemos descrito en la introducción de este trabajo, la cronificación del estrés asistencial hospitalario va a dar lugar, como se destaca en un importante número de estudios, a una progresiva alteración de la salud y pérdida del bienestar de los profesionales con la aparición de síntomas y problemas que afectan a la integralidad de la persona (Laria, et al, 1995; García, 1999; Escribá, et al, 2000; Gil-Monte, 2005; Santamaría y Soto, 2005), siendo uno de los aspectos más importantes, por su poder predictivo, sobre la presencia de síntomas o problemas psicosomáticos (Ríos, 2009).

En este sentido, entre los aspectos lesivos que el estrés laboral acaba generando en los profesionales de enfermería, destacamos trastornos, tanto físicos como psíquicos o conductuales, entre los cuales se han objetivado ampliamente enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y las enfermedades mentales, que a su vez dan lugar a efectos secundarios que inciden en el entorno laboral y en la institución sanitaria como: el aumento del absentismo laboral, la disminución de la calidad del trabajo y de la productividad (Nogareda, 1994).

En nuestro estudio, el análisis de la existencia de síntomas/problemas psicosomáticos entre los profesionales de enfermería participantes, como ya se ha explicado en el apartado 3.3.2 (página 150), del capítulo de "Material y Métodos", se ha realizado con el "Cuestionario de Problemas Psicosomáticos" (CPP) de Hock (1988), adaptado al entorno español por García, et al, (1993), compuesto por 12 preguntas con 6 alternativas de respuesta que van desde “nunca” (valor 1), a “con mucha frecuencia” (valor 6), según responda el encuestado sobre los síntomas o molestias padecidas durante el último año. La puntuación va desde 12 a 72 puntos, y puntuaciones elevadas indican una mayor respuesta psicosomática de los profesionales, que se corresponde con mayores niveles de estrés. La puntuación media de nuestra muestra de estudio es de 40,80 sobre la puntuación máxima de 72, y una DE de 12,31, resultados más elevados que los referidos en el estudio realizado por López (2009), con una muestra de 457 profesionales de enfermería pertenecientes a 9 hospitales de la Comunidad Autónoma de Murcia, cuya puntuación media fue de 29,33 y una DE de 10,89, por lo que los valores obtenidos en los problemas psicosomáticos se relacionan con un mayor nivel de estrés en los profesionales que componen la muestra de nuestro estudio.

Los problemas/síntomas psicosomáticos más prevalentes y con medias más elevadas en los profesionales de nuestro estudio son: en primer lugar la "sensación de cansancio extremo o agotamiento" (CPP-4), en segundo lugar la "dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche" (CPP-1) y en tercer lugar "las jaquecas y dolores de cabeza" (CPP-2). Estos tres problemas, más el CPP-10 "pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo" y el CPP-6, "disminución del interés sexual", han obtenido valores altos con una "moda" de 4 puntos sobre 6 (tabla 12, pág. 207 y figura 47, pág. 208).

La sensación de cansancio extremo o agotamiento, que se destaca como el problema psicosomático con mayor puntuación en nuestro estudio, coincide con otros estudios (López, 2009), y en su relación con la aparición de patologías crónicas (Friedman, 1990), pudiendo influir en el estado de

salud y en la aparición de problemas psicosomáticos y estrés, sin estar demostrado que sea la causa directa de determinadas patologías (Lázarus y Folkman, 1984).

Aunque no tiene mucho sentido el establecer una relación de los problemas psicosomáticos del cuestionario con la variable de "sexo", dado el porcentaje mayoritario del género femenino de nuestra muestra (92,5%), lo que sesga el resultado final, nos parece interesante reseñar el dato de que existiendo diferencias significativas en el "CPP total" entre hombres y mujeres (Test de Man-Whitney =38680,500; Z=-3,218; p=0,001), obteniéndose puntuaciones medias y valores de rangos promedios superiores en las mujeres en casi todos los problemas definidos, existen dos problemas en los que obtienen mayores valores medios y rangos promedios los hombres, que son el CPP-3 "molestias gastrointestinales" y el CPP-5c "tendencia a beber más de los habitual".

Existen diferencias significativas en los problemas psicosomáticos que tienen mayores puntuaciones (CPP-1, CPP-2, CPP-4, CPP-6, CPP-11 y CPP-12) por centro de trabajo (tabla 13, pág. 209), obteniéndose, por lo general, mayores puntuaciones de valores medios y rangos promedios en los centros de titularidad pública, a excepción de los centros privados monográficos (hospital geriátrico, hospital psiquiátrico y psicogeriátrico), que obtienen puntuaciones más elevadas que la mayoría de los hospitales públicos. Este dato, coincidiendo con otros estudios (Manzano y Ramos, 1999; Mingote y Pérez, 2003), lo relacionamos con la menor dotación de recursos humanos de estos centros, que atienden a población de ancianos y a pacientes con patologías crónicas y mentales, especialmente en la categoría profesional de enfermera, y con la mayor sobrecarga de trabajo que se deriva, con la indefinición de funciones y los altos niveles de responsabilidad que genera la actividad, unido a las escasas posibilidades de promoción.

Realizado el Test de Man-Whitney para valorar las diferencias según la titularidad de los centros, hemos confirmado la existencia de diferencias en

todos los problemas psicosomáticos, con los valores medios y de rangos promedios más elevados en los centros de titularidad pública, siendo estas diferencias significativas en los problemas: CPP-1, CPP-5b, CPP-6 y CPP-12 (tabla 14, pág.210).

Igualmente, es importante considerar las diferencias en las puntuaciones y prevalencia de los problemas psicosomáticos, según el modelo de gestión de los centros, en cuyo análisis hemos podido objetivar en nuestro estudio, que existen diferencias entre los tres modelos de gestión en los que hemos integrado los centros participantes, produciéndose valores más elevados de media y de rangos promedios en el modelo de gestión más burocrático, con organigrama vertical, liderazgo autoritario y actividad centrada en las tareas (MG-1), que en los otros dos modelos, más participativos y abiertos a la interrelación del grupo de trabajo y con unos modelos de liderazgo más horizontales y dinámicos y actividad centrada en el paciente por objetivos o competencias (MG-2 y MG-3). Estas diferencias son estadísticamente significativas en los problemas psicosomáticos: CPP-1, CPP-6 y CPP-12 (tabla 15, pág. 211).

Nos ha llamado especialmente la atención, la relación directa que se establece entre el absentismo laboral debido a baja por enfermedad y los problemas/síntomas psicosomáticos, obteniéndose diferencias significativas en el CPP total y en los 12 problemas referenciados en el cuestionario, que indican mayores puntuaciones de todos los ítems en los profesionales que han sufrido un proceso de baja durante el último año y, en consecuencia mayores niveles de estrés, con respecto a los que no han estado de baja (tabla 74, anexo 8). La causa de baja por enfermedad que obtiene valores más elevados de rango promedio en nuestro estudio es la referida a los "síndromes depresivos, estrés, agotamiento emocional".

En cuanto a la relación que se establece entre el turno de trabajo asignado y la repercusión de éste en la prevalencia y puntuaciones de los problemas/síntomas psicosomáticos, existen diferencias entre los distintos turnos, que son significativas en el CPP-Total, (χ^2=27,163; p<0,001), en el

CPP-1 (alteración del sueño: χ^2=42,960; p<0,001), en el CPP-2 (Jaquecas: χ^2=16,346; p=0,012), en el CPP-5b y 5c (fumar más: χ^2=17,305; p=0,008 y beber más: χ^2=23,202; p=0,001), en el CPP-6 (disminución del interés sexual: χ^2=22,369; p=0,001), en el CPP-7 (respiración entrecortada o sensación de ahogo: χ^2=23,742; p=0,001), en el CPP-8 (disminución del apetito: χ^2=22,011; p=0,001), en el CPP-9 (temblores musculares, tics: χ^2=14,241; p=0,027), en el CPP-10 (pinchazos o dolores: χ^2=13,426; p=0,037) y en el CPP-12 (palpitaciones: χ^2=14,558; p=0,024).

Entre todos los turnos que se realizan, el que obtiene mayores puntuaciones de las medias y rangos promedios en todos los problemas psicosociales incluidos en el cuestionario a excepción de los hábitos adictivos (CPP-5 b y c), es el turno rotatorio de mañanas→tardes→noches, por la gran inestabilidad y desorden que genera en el plan de vida de los profesionales y por las incompatibilidades de los turnos rotatorios actuales con la conciliación de la vida familiar y la actividad laboral, aspecto relevante referido en numerosos estudios (Alimoglu y Donmez, 2005; Winwood, et al, 2006; Grau, 2008; Hamaideh, et al, 2008; López, 2009; Ríos, 2009; Agolubic, et al, 2009; Castaño, 2013), en la etiología del estrés laboral y del síndrome de burnout de los profesionales de la enfermería hospitalaria. En cuanto a los hábitos adictivos al tabaco y alcohol, es el turno de "plantilla volante, el que obtiene mayores puntuaciones de rangos promedios, situación comprensible por los niveles de frustración que dicho turno acaba generando ante las continuas incidencias y modificaciones de puesto y horario de trabajo, que hacen imposible al profesional de enfermería encontrar un orden lógico de vida personal y profesional.

Igualmente y, como argumento que confirma y refuerza el análisis y discusión realizada anteriormente sobre la relación del síndrome de burnout y la antigüedad en el centro de trabajo, en nuestro estudio se establece relación entre las puntuaciones de problemas/síntomas psicosomáticos y la antigüedad, estableciéndose diferencias significativas en los problemas CPP-2, CPP-3, CPP-6, CPP-7, CPP-10 y CPP-12, siendo los

profesionales de entre 15 y 30 años de actividad profesional los que tienen mayores puntuaciones de rangos promedios en la mayoría de los problemas definidos (tabla 75, anexo 8).

El análisis y discusión de los resultados de nuestro estudio no lo hemos podido confrontar con otros similares, al no haber encontrado estudios en el ámbito sanitario que hayan utilizado el CPP de Hock para la identificación y descripción de los problemas de salud derivados del estrés laboral crónico y del síndrome de burnout, aunque hay numerosas referencias que establecen estas relaciones entre el burnout y las manifestaciones psicosomáticas.

Honkonen, et al, (2006) objetivan la relación existente entre enfermedad física y las tres dimensiones del síndrome de burnout. Esta relación entre el síndrome de burnout y los problemas/síntomas psicosomáticos ha sido reflejada en muchos estudios (Golembiewski, 1986; Laría, et al, 1995; Fernández, 1998; García, et al, 2000; Santamaría y Soto, 2005; Ríos y Godoy, 2008), según los cuales esta clara relación se identifica con manifestaciones variadas como: *alteraciones cardíacas* (palpitaciones y taquicardia en Gil- Monte et al., 2006), *alteraciones cardiovasculares e hipertensión* (Sebastián, 2002; Landsbergis, et al, 2003; Melamed, et al, 2006; Kinnunen, et al, 2006), *trastornos músculoesqueléticos* (Honkonen, et al, 2006), *problemas psicológicos y patología psiquiátrica* (Escrivá, et al, 2000, Coffey y Coleman, 2001; Arbeló, et al, 2008), con problemas graves de *ansiedad*, *baja satisfacción con el trabajo y agotamiento emocional*, que llevan a *conductas adictivas*, como el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas (Firth-Cozens, 1987; Castillo, et al, 1990; Laria, et al, 1995; Bennet, et al, 2001; Coffey y Coleman, 2001; Boada, et al, 2004*), trastornos afectivos y depresivos* (Krakowski, 1982; Revicky y May, 1989), *trastornos en los hábitos y calidad del sueño* (Miró, et al, 2007; Vela, et al, 2008).

Por último, es importante señalar que, dentro de los trabajadores sanitarios, se identifica a los profesionales de enfermería, por la actividad que desarrollan, como los más vulnerables y que mayores

problemas/síntomas psicosomáticos presentan, siendo los que "menor esperanza de vida tienen de todas las profesiones" (Jones, 1987).

A la luz de los resultados obtenidos en nuestro estudio y hecho el análisis a estos primeros objetivos específicos, creemos que queda confirmada la "hipótesis complementaria A" y, suficientemente objetivada la relación existente entre el síndrome de burnout y la mayor presencia de falta de salud percibida, con mayor percepción de estrés laboral y mayores tasas de absentismo por enfermedad.

5.4. Discusión en relación al objetivo 3: Identificar los estresores que generan más tensión en los profesionales de enfermería participantes en el estudio, y su relación con la organización del trabajo y modelos de gestión funcional.

La escala de estresores ELPE empleada en el cuestionario (anexo 5), como ya se ha definido en el apartado 3.3.4 del capítulo de "Material y Métodos", es una adaptación del cuestionario desarrollado por Reig y Caruana (1987, 1989b) que consta de 67 preguntas referidas a situaciones potencialmente estresantes que se dan habitualmente en el marco laboral de los profesionales de enfermería de atención hospitalaria,con cuatro alternativas de respuesta cada una de tipo Likert que van desde "ninguna tensión " (valor 0) a "mucha tensión" (valor 4), valorándose en qué medida cada situación de las referidas representa una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en el trabajo.

Este instrumento en nuestro estudio ha mantenido una alta consistencia interna (un valor alfa (α) de Cronbach de 0,958), que garantiza una óptima fiabilidad del cuestionario

Del análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios de nuestra muestra de estudio, destaca un hallazgo importante, relacionado con la hipótesis de partida de esta investigación, de que un gran número de profesionales, más de la mitad de la muestra, estiman con puntuaciones elevadas como factores etiológicos de estrés, casi todas las circunstancias laborales íntimamente relacionadas con el clima organizacional y con la gestión de los recursos humanos, estando colocados en los primeros lugares con mayores puntuaciones, de entre los estresores propuestos.

Doncevic (1998) tras hacer un estudio comparativo de las diferencias organizativas de las Instituciones sanitarias de distintos países y su influencia en el síndrome de burnout, concluye que las diferencias en la organización del trabajo y en la disposición de medios tienen un gran impacto en el nivel de estrés percibido y en la satisfacción profesional por el trabajo. Esta argumentación es válida y aplicable en nuestro estudio en el que, de entre los

primeros 20 estresores por orden de importancia (frecuencia y puntuación) descritos por los profesionales de enfermería de la muestra, *más del 80%, de forma directa o indirecta, están relacionados con el clima organizacional*, por lo que adquieren especial relevancia las medidas y estrategias que se puedan desarrollar por los responsables de la gestión para prevenir, evitar, resolver o paliar estas fuentes de malestar y estrés en los profesionales de Enfermería.

Si analizamos detenidamente los estresores con mayores puntuaciones seleccionados por entre el 65% y 86% de los profesionales participantes en nuestro estudio (tabla 43, página 249), comprobamos que el grupo de estresores: 1º "*las consecuencias de mis errores para el enfermo*"[10] (ELPE 38), 3º "*escasez de personal*" (ELPE 8), 4º "*sobrecarga de trabajo*" (ELPE 2), 12º "*falta de tiempo para hacer las cosas*" (ELPE 1), 13º "*no poder dedicar más tiempo a los pacientes que lo necesitan*" (ELPE 65), 14º "*que me requieran en varios sitios a la vez*" (ELPE 22) y 19º "*escasez de recursos esenciales*" (ELPE 11), están íntimamente relacionados e indican las dificultades para realizar adecuadamente el trabajo con los *recursos humanos* disponibles. Este grupo de estresores dan lugar a una **excesiva carga de trabajo**, argumento referenciado en la mayor parte de los estudios revisados como uno de los factores más relevantes en la etiología del estrés laboral y del síndrome de burnout (Ribera, et al, 1993; Burguete y Velasco, 1996; Más, et al, 1999; Bakker y Schaufeli, 2000; Tomás y Fernández, 2002: Aiken, et al, 2002; Simón, et al, 2005; Potter, 2006; Cáceres, 2006; Amutio, 2008; Leiter, et al, 2008; Dickinson y Wright, 2008; Gómez, et al, 2009; Cremades, et al 2011), máxime cuando esta **sobrecarga laboral** incide notablemente en la calidad del servicio prestado y en posibles consecuencias negativas para los pacientes.

El siguiente grupo de estresores relacionados de entre los 20 primeros por orden de puntuación: 8º "*trabajar sin una planificación lógica y coherente*" (ELPE 23), el 9º "*no poder resolver los problemas que se me plantean*" (ELPE 42), el 15º "*que solo me digan lo que hago mal*" (ELPE 54), el 16º "*tener un*

[10] Los errores en la práctica profesional y aumento de los accidentes laborales están íntimamente relacionados con la escasez de recursos humanos (alta "ratio" de asignación de pacientes por enfermera) y la sobrecarga de trabajo (Chacón y Grau, 1997; Aiken, et al, 2002).

supervisor incompetente" (ELPE 64), el 17º "*que las decisiones y cambios que afectan en mi trabajo se tomen sin contar con mi participación*" (ELPE 24) y el 20º "*falta de apoyo de los superiores*" (ELPE 10), están igualmente relacionados entre sí, dejando de manifiesto la necesidad de los profesionales de tener mayor autonomía y de participar en el proceso de gestión de la actividad que desarrollan y de ser reconocidos en la misma por los superiores jerárquicos (estima). Coinciden en este grupo de estresores los estudios de: Albaladejo, et al, (2004); Escribá, et al (2006), Cáceres, (2006); Gómez, et al, (2009); Cremades, et al, (2011);

Continuando con los estresores valorados entre los 20 primeros con más alta media y mayores puntuaciones y, relacionados con los anteriores, están los estresores: 7º "*que personal incompetente se interfiera en mi trabajo*" (ELPE 12), 10º "*los errores de otros compañeros del equipo que afectan a mis pacientes*" (ELPE 43) y 11º "*los conflictos con los superiores*" (ELPE 57), estresores que se enmarcan dentro de los factores relacionales y de **trabajo en equipo**. En este importante grupo de estresores coinciden estudios como los de: Más, et al, (1999), que los vincula a la excesiva jerarquización del trabajo y los liderazgos disciplinares (a mayor categoría profesional más núcleo de poder), Cremades, (2011), los relaciona con la excesiva competitividad, Gómez, et al, (2009), con la pérdida de cordialidad en el entorno de trabajo; Payne, (2001), con los conflictos de intereses personales.

Todos ellos conforman el grupo de **estresores vinculados a la estructura y clima organizacional** del Hospital, confirmándose la "hipótesis complementaria B" de nuestro estudio que establece, que el mayor número de estresores laborales de enfermería que generan malestar y más altos niveles de tensión (situados en los primeros puestos, según lo que refieren nuestros resultados), pertenecen al grupo de estresores organizacionales, lo que debe dar lugar a definir por parte de las personas responsables de la gestión, las acciones que den solución a los estresores mencionados, con lo que se conseguiría reducir el estrés laboral en un porcentaje importante, evitándose los efectos adversos de éste, tanto para los profesionales, como para las empresas de servicios sanitarios. Weinert (1985), advierte que es competencia

y responsabilidad de los directivos y gestores de las empresas, determinar qué áreas propias y características de los puestos de trabajo son generadores de estrés y, en alguna medida, responsables del absentismo laboral.

El resto de estresores situados entre las veinte primeras posiciones por su alta puntuación, y los valores de media obtenidos son: en el puesto 2º "*ver morir a un paciente especial*" (ELPE 7), en el 5º puesto "*ver sufrir a los pacientes*" (ELPE 66), en el puesto 18º "*tener que dar una mala noticia*" (ELPE 52) y en el 6º puesto "*tratar con personas agresivas*" (ELPE 26). Los tres primeros, están **relacionados con el sufrimiento y muerte del paciente,** y responden a **la implicación emocional** resultante del contacto directo y **relación empática con los pacientes**, en situaciones de necesidad y dependencia, que es muy difícil de desvincular de la actividad profesional. Este grupo de estresores son igualmente descritos en un importante número de estudios, ocupando puestos de relevancia como sucede en nuestro estudio (Ribera, et al, 1993; Más, et al, 1999; Tomás y Fernández, 2002; Simón, et al, 2005; Cáceres, 2006)

Por último, la posición obtenida por el estresor situado en el 6º lugar entre los 20 primeros "*tratar con personas agresivas*", nos pone en alerta sobre uno de los problemas que se están produciendo en los últimos años en los procesos de interrelación entre los profesionales de enfermería y las personas a las que cuidan (pacientes, familiares, etc.) que, en muchos de los procesos, acaba con respuestas violentas verbales, faltas al respeto e, incluso, agresión física.

La agresividad y la violencia han aumentado de forma preocupante en los últimos años en el entorno asistencial hospitalario, convirtiendo este factor en uno de los principales estresores, y ante el cual, la peor parte la sufren los profesionales de enfermería, que son los trabajadores que mayor número de agresiones verbales o físicas reciben, con un 46,3% del total (Ortells, et al, 2013). Este estresor, en el estudio que realizamos en el año 2001 en el Hospital San Telmo de Palencia, aparecía en el puesto 57 por orden de puntuación, y ha ido adquiriendo especial relevancia ante las cada vez más

frecuentes situaciones violentas que se producen en el desarrollo de la actividad profesional. En el estudio de Ribera, et al (1993), ya aparece en un 2º puesto con puntuaciones elevadas y Potter (2006), lo referencia como uno de los principales estresores en la actividad de la enfermería hospitalaria.

Coincidimos con Villar y Aranaz, (2005), en incluir este estresor en el grupo de todos los anteriormente relacionados con la estructura y clima organizacional del trabajo, pues las actitudes de irascibilidad y agresividad se propician ante la escasez de recursos y alta sobrecarga de trabajo, que impide una atención inmediata ante la demanda o una información precisa, aumentando los tiempos de espera, lo que propicia respuestas más hostiles y exigentes que, cada vez con más frecuencia, concluyen en la respuesta agresiva del paciente o de su entorno familiar. Burgos y Paravic, (2003), consideran que el estrés por exceso de trabajo constituye el factor predisponente más importante de conducta violenta y agresiva.

En cuanto a la relación existente entre los Estresores Laborales del Personal de Enfermería y los centros de trabajo por su titularidad, existen diferencias significativas entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada (figura 65, pág. 250 y tabla 77 del anexo 8), en 37 estresores de los 67 propuestos en el cuestionario ELPE y, en contra de lo que mayoritariamente piensan los profesionales al respecto, obtienen mayores puntuaciones medias y de rangos promedios, indicativos de mayores niveles de tensión y estrés, los centros de titularidad pública, aunque los estresores situados en las primeras 20 posiciones por puntuación son prácticamente los mismos, modificándose el orden de alguno de ellos.

Este resultado nos ha llamado la atención, pues, por lo general, los centros de la sanidad pública suelen estar mejor dotados de recursos humanos y mantener mejores condiciones laborales (jornada de trabajo, salario, días festivos, descansos, vacaciones, etc.). Es importante este resultado obtenido ya que, hemos comprobado con nuestro estudio, que los centros privados, por lo general, cuidan mucho más a sus profesionales que los públicos, propiciando aspectos como el reconocimiento personal por el trabajo bien hecho, el soporte

interno y la ayuda a los profesionales, desarrollo de estrategias de gestión que premian con más participación, autonomía e incentivos a las personas que cumplen sus objetivos y que integran en su práctica profesional los objetivos, principios y valores institucionales. Del mismo modo, esta respuesta confirma el argumento de que la profesión de enfermería, como otras profesiones de ayuda y compromiso social con las personas, responde más ante motivadores y/o estresores intrínsecos (reconocimiento, ayuda, contacto e interacción positiva, buen ambiente de trabajo en equipo, etc.), que ante motivadores y/o estresores extrínsecos (sueldo, mayores ventajas laborales, descansos, vacaciones, trabajo cómodo, etc.).

En cuanto a la relación de los estresores ELPE con la categoría profesional, hemos comprobado la existencia de diferencias significativas en la mayoría de los estresores propuestos (tabla 78, anexo 8). *La categoría profesional de "enfermera" en nuestro estudio, presenta valores medios y rangos promedios más elevados en los estresores que están más relacionados con la actividad y el desempeño profesional, así como con la responsabilidad que se deriva del trabajo*, mientras que *la categoría profesional de "TCAE", presenta rangos promedios más elevados en los estresores que implican mayor contacto con los pacientes y con su proceso de enfermedad, así como los relacionados con la carga física de trabajo y la falta de reconocimiento y responsabilidad*. Analizando esta situación que se desprende de los resultados obtenidos en los dos estudios anteriores que realizamos en nuestro centro de trabajo (años 1992 y 2001), le sucedía lo mismo a las enfermeras con respecto a los médicos, pero, en la actualidad las enfermeras parecen tener más claro y reconocido en la práctica su papel específico, su campo de actividad y sus responsabilidades, mientras que los TCAE, tienen mayor conflicto de rol, y están en un proceso de parcelación y definición de su estatus dentro del equipo de trabajo.

Atendiendo a este objetivo 3 del estudio, hemos relacionado el grupo de estresores ELPE con los modelos de gestión de recursos humanos, apreciándose, tras la realización de la prueba de Kruskal-Wallis, diferencias

entre los distintos modelos de gestión, que son significativas en el 30% de los estresores ELPE (anexo 8, tabla 80).

Queremos destacar que, los valores medios y de los rangos promedios de los estresores relacionados con "*la responsabilidad*", "*las relaciones laborales del equipo*" y "*la escasa valoración del trabajo*" están más elevados y generan más tensión en los profesionales cuyo modelo de gestión funcional es más horizontal, más participativo y democrático y con mayores capacidades de autogestión en el desarrollo de la actividad (MG2 y MG3), resultado que consideramos lógico, dado que los mayores niveles de autonomía de estos modelos y de capacidad de autogestión de la actividad conllevan a mayor responsabilidad y "toma de decisiones", aspectos que los profesionales de enfermería no han ejercido en su actividad hospitalaria, generalmente dirigida por otros grupos de profesionales. Los valores medios y de rangos promedios de los estresores relacionados con: "*la carga de trabajo*", "*el desarrollo de la tarea*", "*la innovación*", "*la indefinición de competencias y funciones*", "*la toma de decisiones*" y "*las relaciones con los pacientes y familiares*", están más elevadas en los centros con un modelo de gestión vertical, mucho más autoritario y burocratizado, y con menos capacidad de autonomía y resolución de problemas (MG1), situaciones más vinculadas a la actividad dependiente y heterodirigida de la enfermería hospitalaria.

En los espacios abiertos dejados al final del cuestionario ELPE para la inclusión de algún otro factor generador de tensión y estrés en la actividad profesional, no contemplados entre los propuestos, los participantes en nuestro estudio han realizado un importante número de aportaciones (anexo 6), algunas de las cuales se relacionan con estresores del cuestionario ELPE, y otras, aportan nuevas fuentes de tensión derivadas de la actividad diaria del los profesionales de enfermería.

De los estresores referidos en las aportaciones individuales hechas, el 97% están relacionadas con el clima organizacional y la gestión de los recursos humanos y, solamente el 3%, se relacionan con la *actividad directa al paciente y su entorno* (familiares, amigos). Estos resultados tan contundentes, y con una

muestra tan amplia y representativa, nos apoya aún más los datos del cuestionario ELPE con los que confirmábamos la hipótesis complementaria B, y nos pone de manifiesto hasta qué punto son importantes para los profesionales de enfermería los estresores organizacionales que, para su análisis y discusión los hemos aglutinado en dos grandes grupos:

- **Estresores relacionados con la gestión de los recursos humanos, supervisión y liderazgo**. A este grupo de estresores organizacionales, directamente relacionados con el objetivo principal de nuestro estudio, pertenecen más de la mitad de las fuentes de tensión y estrés aportadas por los participantes, destacando entre ellas por el número de aportaciones coincidentes en el espacio abierto del cuestionario:

  - *Los problemas en la organización y gestión de los recursos humanos (**n=102**)*: en este grupo de estresores se incluyen: la falta de recursos humanos, la mala distribución de los recursos, el exceso de trabajo o la escasez de tiempos de enfermería para los pacientes. También pertenecen a este grupo estresores como: no respetar los planes de trabajo, los cambios de última hora de unidad de trabajo o de turno, la alta rotación interna de los profesionales por necesidades de última hora, situaciones que en cualquier otra actividad o disciplina se da excepcionalmente, pero que, en el entorno hospitalario, se producen con mucha frecuencia. Estos estresores están íntimamente relacionados con otras fuentes de estrés descritas como: la desorganización o desorden en el desarrollo del trabajo, la gestión irregular y la sobrecarga laboral y presión asistencial generada por los mandos directos al no cubrir las incidencias, situaciones argumentadas como de alta repercusión en los resultados de calidad de atención a los pacientes e incluso relacionadas con efectos adversos de iatrogenia y mayor accidentabilidad laboral. Varios estudios establecen una fuerte vinculación de estos estresores con el síndrome de burnout (Dewe, 1987b; Aiken, et al, 2002; Teixidó, 2006; Curiel, 2006; López, 2009).

Por nuestra experiencia en la gestión hospitalaria, y por los resultados económicos obtenidos en 5 años de trabajo en la gestión de recursos humanos, consideramos que una deficiente dotación de recursos de enfermería incrementa el gasto con respecto a una adecuada cobertura de la ratio establecida como idónea para la administración de los cuidados de calidad, pues es mucho más costoso responder a las complicaciones y efectos adversos consecuencia de la escasez de recursos humanos (aumento de estancias clínicas por iatrogenia, demandas judiciales por mala praxis, absentismo laboral por sobrecarga, estrés y otros procesos psicosomáticos derivados de la presión asistencial, etc.), que el coste que supone una dotación de los recursos adecuada a las necesidades.

- *Los conflictos con los superiores (supervisión) y problemas de liderazgo (**n=89**)*, describiéndose como mayores fuentes de tensión: la falta de liderazgo, la manipulación, el pasotismo, la poca eficacia gestora de la supervisión, la falta de accesibilidad a los mandos, la poca flexibilidad, el abuso de autoridad, la imposición de criterios, la falta de reconocimiento y valoración de lo que se hace, el trato discriminatorio, la falta de apoyo ante problemas de interrelación con los pacientes o con el equipo, dificultar e impedir la formación institucional en tiempo de trabajo, e incluso el acoso psicológico y moral.

- Otro argumento de estrés definido en este apartado se refiere a los ***turnos rotatorios*** existentes para mantener la atención continuada, cuyas medidas preventivas o de mejora, como ya hemos comentado (turnos "antiestrés", o de "atención continuada de 12 horas"), no solo no han ayudado, sino que, como así se refleja en los resultados de nuestro estudio, han agravado el problema y la percepción de estrés en los profesionales de enfermería.

- **Estresores relacionados con factores estructurales y relaciones entre los componentes del equipo de trabajo**. Este segundo gran grupo de estresores, está igualmente relacionado con el clima organizacional, integrando un importante porcentaje de las fuentes de tensión y estrés de los profesionales de enfermería (41,6%), entre las que se citan:

  - *Las malas relaciones y mal ambiente de trabajo en el equipo*, incidiéndose en concreto en: conflictos interpersonales, faltas de respeto, discriminación por categoría profesional, mala comunicación, no trabajar en equipo, falta de compañerismo, impuntualidad, insolidaridad, mala distribución de la actividad.

  - *Los diferentes modelos de vinculación a la empresa/institución*, con estresores referidos a las diferencias salariales en las mismas categorías profesionales, a las distintas ventajas salariales y los distintos planes de incentivos, dependiendo de la situación contractual.

  - *Aspectos estructurales y del entorno de trabajo*, como los ruidos, espacios reducidos para desarrollar la actividad, elevado tránsito interno de materiales y personas, iluminación o temperatura inadecuadas. También incide de forma importante por el número de referencias extraídas de los cuestionarios la excesiva burocracia del trabajo y la introducción de las nuevas tecnologías de la comunicación (sistemas informáticos para la gestión y registro de la actividad), que supone para muchos profesionales grandes dificultades de manejo y grandes tiempos añadidos a la actividad clásica del cuidado directo al paciente, pues es una actividad añadida que no simplifica ni evita el resto de actividades de información y comunicación. Estos estresores se dan más en los hospitales más antiguos, con plantillas más envejecidas, que en los hospitales más nuevos y con una media de edad de sus profesionales más baja, mucho más familiarizados con el manejo de

los recursos informáticos. Alcaino (1996), establece que los recursos informáticos, que ayudan a reducir la carga de trabajo en muchas áreas, en la enfermería supone un aumento de la carga laboral, pues precisa de destrezas añadidas que requieren capacitación continua.

Por último, en este grupo se destaca como importante fuente de estrés la "*falta de soporte interno de ayuda a los profesionales*", elemento que es considerado como una importante estrategia de lucha contra el estrés laboral y de amortiguación y descenso en la prevalencia del síndrome de burnout (Aneshensel, 1992; Topa y Morales, 2007). Cockerham (2001), considera que la pertenencia al grupo y un entorno de trabajo en equipo favorable, ayuda a las personas a controlar la información relacionada con el estrés, así como a aumentar su nivel de autoestima y resistencia a los efectos de éste.

5.5. Discusión en relación al objetivo 4: Establecer las relaciones entre dimensiones de riesgo psicosocial en el trabajo, satisfacción laboral y las dimensiones del síndrome de burnout.

Por si no se abordan suficientemente los factores del clima organizacional con los instrumentos utilizados en cuanto a las condiciones ambientales laborales y los factores de la organización y gestión del trabajo, así como la satisfacción laboral, hemos completado nuestro estudio con la identificación y el análisis de las relaciones que se establecen entre estos factores, considerados por la OIT (2001) como factores psicosociales de riesgo para el trabajador, y el síndrome de burnout.

El análisis de consistencia interna de las dimensiones del instrumento utilizado para la valoración de los factores psicosociales de riesgo y la satisfacción laboral, extraído de la versión larga del cuestionario ISTAS21,

explicado en el apartado 3.3.5 del capítulo de "Material y Métodos" de nuestro estudio, se ha realizado mediante el cálculo del alfa (α) de Cronbach, cuyo valor para todas las preguntas de las dimensiones utilizadas de los factores psicosociales de riesgo (34 preguntas), ha sido de α= 0,937, y para la dimensión de "satisfacción laboral" (7 preguntas), ha sido de α= 0,829, valores que otorgan, en ambos casos, una alta fiabilidad al instrumento utilizado.

En cuanto al nivel de consistencia interna de cada una de las dimensiones utilizadas para la valoración de los factores psicosociales de riesgo relacionados con el clima organizacional y la gestión funcional, resulta satisfactorio al mantener valores de alfa (α) de Cronbach de van de 0,721 (apoyo social de los compañeros) hasta 0,921 (calidad de liderazgo), a excepción de la dimensión "doble presencia" con α = 0,605 (tabla 44, pág. 260), que según George y Mallery (1995), es un valor aceptable.

5.5.1. Factores psicosociales y de satisfacción laboral, y su relación con los modelos organizativos y la gestión de los recursos humanos.

En nuestra muestra de estudio, las dimensiones: *sentido del trabajo* (ST), *integración en la empresa* (IE) y *apoyo social de los compañeros* (ASC), presentan valores con mayor porcentaje de profesionales en una *situación más favorable para la salud* (verde), que la población de referencia asalariada de España (tabla 45, página 261 y figuras 67 y 68, página 262), con un menor porcentaje de profesionales en situación desfavorable para la salud (rojo).

Destaca la dimensión "**sentido del trabajo**" (ST), en la que se duplica el porcentaje de los profesionales de nuestro estudio (72,1%) en una situación favorable con respecto a la población asalariada de referencia (37,4%). Este resultado viene a validar el nivel de compromiso de los profesionales de la enfermería con su actividad por los grandes valores inherentes a la disciplina de: entrega, humanismo, compromiso, rol y utilidad social. Esta dimensión es

un importante factor motivacional hacia el contenido del trabajo y supone un factor "protector" frente el estrés laboral y al burnout.

En las dimensiones: *calidad de liderazgo* (CL) y *sentimiento de grupo* (SG), aumenta la situación de precaución y de mayor riesgo, situándose nuestra muestra en una posición más desfavorable que la población asalariada española de referencia, pues aunque disminuye ligeramente el porcentaje de trabajadores en situación desfavorable para la salud con respecto a la población de referencia, también disminuye el porcentaje de profesionales en la situación más favorable y aumenta bastante en nuestra muestra la situación intermedia (amarillo). Estos valores confirman el disconfor y malestar de los profesionales participantes con la gestión y liderazgo de los mandos jerárquicos, siendo un aspecto relevante para asegurar la salud y bienestar, como ya se apuntaba en el análisis de los estresores laborales.

En cuanto a la dimensión *calidad de liderazgo* (CL), se ha identificado el predominio del liderazgo autocrático y burocrático, en estructuras de dirección jerárquica vertical (modelo MG1), modelo que prioriza la tarea sobre el trabajador por lo que es positivo para la producción (aumento de la productividad) pero, en contraposición, puede ampliar los conflictos entre los profesionales y las relaciones interpersonales. Esta dimensión es importante en nuestro estudio, tanto por el número de aportaciones al respecto que se han suscitado por parte de los participantes, ya expuestas en el capítulo de resultados, como por la influencia dinamizadora y protectora sobre el estrés laboral y burnout que tiene sobre las unidades de cuidados e instituciones sanitarias (Rodríguez, et al. 2009).

Con respecto al *sentimiento de grupo* (SG), esta es una dimensión vinculada estrechamente a la actividad del profesional de enfermería, al encontrar en el grupo el apoyo social y el refuerzo ante las dificultades laborales, y al tener que relacionarse de forma efectiva con el resto de miembros del grupo para el correcto desarrollo de la actividad laboral por lo

que la afectación de esta dimensión incide notablemente en la situación de riesgo para la salud, vinculándose a problemas de mayor estrés y burnout.

El trabajo de la enfermería hospitalaria no se concibe sin una buena coordinación y estructuración en equipo. Bautista, et al, (2008) establecen que un buen equipo de trabajo favorece la motivación y la pertenencia a la unidad consiguiendo mayor fidelización de los profesionales a la institución y reduciendo el absentismo laboral.

La dimensión *claridad del rol* (CR), en los profesionales de nuestro estudio mantiene unos valores muy similares a los de la población asalariada de referencia, con una disminución del porcentaje de trabajadores en la situación favorable para la salud. Está dimensión, consideramos que está relacionada con la "calidad de liderazgo" y, para eliminar los factores de riesgo derivados de esta dimensión, sería conveniente una clara definición del marco competencial de las distintas categorías profesionales implicadas en la actividad sanitaria y delimitar la autonomía profesional, evitándose injerencias y problemas de relación en el equipo.

En las dimensiones: *apoyo social de la supervisión* (ASS), *doble presencia* (DP) y *estima* (EST), mantienen una situación de mayor gravedad y riesgo en los profesionales de nuestro estudio con respecto a los de la población asalariada española de referencia, habiéndose obtenido porcentajes más elevados en la situación desfavorable para la salud y disminución clara de porcentajes en las posiciones favorables. Igualmente vemos como son dimensiones especialmente relacionadas con el soporte interno de los responsables jerárquicos y mandos, el reconocimiento por el trabajo realizado, el trato justo, etc., considerados como importantes factores psicosociales de riesgo. En cuanto a la **estima** (EST), es una de las dimensiones que más diferencias plantea con respecto a la población de referencia, después de la doble presencia. Los profesionales de enfermería son muy sensibles a la falta de reconocimiento y de valoración, dadas las dificultades que presenta su trabajo diario, precisando refuerzos para mantener el mayor nivel de entrega a la actividad, en muchos casos

excesivamente exigente, de ahí que no nos llama la atención el resultado obtenido, ya que en la práctica hospitalaria, especialmente en los centros de titularidad pública, la jerarquía y los niveles según las diferentes categorías profesionales aún siguen muy marcados, siendo habitual esta falta de reconocimiento, sobre todo en las categorías inferiores del organigrama.

Destaca especialmente la dimensión **doble presencia** (DP), en la que el porcentaje en posición desfavorable para la salud supera el 60% de los profesionales de nuestra muestra, y se justifica en el "rol social de la mujer", que asume, por razones culturales arcaicas, mayores cargas domésticas y familiares que el hombre, lo que provoca una mayor sobrecarga laboral al no interrumpir la actividad al salir del trabajo, debiendo atender las demandas de trabajo doméstico y de ayuda familiar, llegando a acabar con la resistencia física y psicológica de la persona. No es extraño este dato en una profesión definida como "de género" en la que el porcentaje de mujeres supera el 80% del total de profesionales. González, (2006), establece que la elevada "doble presencia" supone una situación de alto riesgo para la salud.

En cuanto a la dimensión de **satisfacción laboral**, el grupo de profesionales de enfermería participantes en nuestro estudio, mantienen menor porcentaje (22,5%) en los niveles desfavorables para la salud (rojo) que la población de referencia (38,0%), pero también es menor el porcentaje de trabajadores que se encuentran en niveles favorables (21,3% contra el 42,3%), situándose el mayor porcentaje de nuestra población en el nivel intermedio (amarillo) con un 45, 2% de la muestra total, contra el 19,7% de la población de referencia, lo que indica globalmente porcentajes inferiores de satisfacción laboral con respecto a la población asalariada de referencia.

La satisfacción laboral es una dimensión relacionada íntimamente con el bienestar físico-psíquico de los profesionales de enfermería y con el síndrome de burnout, según la cual, a mayor satisfacción con el puesto de trabajo, menor intensidad en los niveles de burnout (Farrerons y Calvo, 2008), y mayor bienestar psíquico (Augusto, et al, 2006).

5.5.2. Relación de los factores psicosociales y de satisfacción laboral, con los centros participantes, según su titularidad y modelo de gestión.

Realizada la comparación de los valores obtenidos en las dimensiones psicosociales de riesgo laboral y en la dimensión de satisfacción laboral según la titularidad de los centros con el Test de Man-Whitney, se aprecian diferencias entre los centros públicos y los privados, siendo estas diferencias significativas en las dimensiones ST, CR, ASC, ASS, CL, SG, EST y SAT (tabla 47, página 269). Las puntuaciones medias y rangos promedios obtenidos, presentan valores más elevados que se corresponden con mayores porcentajes en posición favorable para la salud (verde) en los centros privados en todas las dimensiones, a excepción de la CL (figura 69, página 270).

La comparación de las dimensiones de los factores psicosociales y de satisfacción laboral entre los centros según su modelo de gestión funcional y de los recursos humanos mediante la prueba de Kruskal-Wallis, nos muestra diferencias significativas en las dimensiones de riesgo psicosocial en el trabajo: ASC, ASS, DP, CL, SG, EST y la dimensión de satisfacción laboral SAT (tabla 50, página 272).

Los valores de rangos promedios son más favorables para la salud (más elevados en los aspectos positivos y más bajos en los negativos), en los centros cuyo modelo de gestión funcional es más participativo, democrático y con mayor autonomía funcional de los equipos de trabajo y de los profesionales, basados en el logro o en las competencias (MG3 y MG2), y más intermedios o desfavorables para la salud en aquellos centros con un modelo de gestión autoritario, burocrático y vertical (MG1). Los ítems que componen las dimensiones de riesgos psicosociales (anexo 8, tabla 81), relacionados con la responsabilidad, sentido de la acción, la autonomía, apoyo social por compañeros y superiores, gestión eficaz y liderazgo de los superiores (supervisión), trabajo adecuado en equipo, reconocimiento por el trabajo bien hecho, reciben mejor valoración y puntuaciones más positivas en el MG3, donde las relaciones de poder se administran de forma más

democrática y justa y se establece una línea de mando horizontal y consensuada.

5.5.3. Relación entre la exposición a los factores psicosociales y la satisfacción laboral, con el síndrome de burnout.

Esta relación ha sido ampliamente abordada en numerosos estudios, tanto entre las distintas dimensiones de los factores de riesgo psicosocial, como en la dimensión de satisfacción laboral con el estrés laboral crónico y el síndrome de burnout (Escribá, et al, 2000; OIT, 2001; Moreno, et al, 2002; Albanesi, 2004; Teixido, et al 2006; Curiel, et al 2006; Poncet, et al, 2007; Mansilla, 2009; López, 2009; Schaufeli, et al 2009; Arias y Castro, 2013).

En nuestro estudio existe una muy clara relación entre las dimensiones de riesgo psicosocial en el trabajo vinculadas al clima organizacional y la gestión funcional de los recursos humanos y el síndrome de burnout objetivándose tras la realización de la prueba de Kruskal-Wallis, diferencias significativas en todas las dimensiones psicosociales con los niveles de MBI total y de sus dimensiones (tablas 52 a 60, páginas 274 a 277), correspondiendo a los profesionales en situación desfavorable para la salud (rojo), puntuaciones más altas en MBI total, y en las dimensiones AE y D, y puntuaciones más bajas en la dimensión RP, y los profesionales en posición más favorable para la salud (verde), le corresponden valores más bajos en el MBI total y en las dimensiones AE y D, y valores más altos en la dimensión de RP.

En cuanto a la relación existente entre la dimensión de **satisfacción laboral** y el síndrome de burnout, y como sucede con los factores de riesgo psicosocial, ha sido ampliamente documentada en numerosos estudios (Demerouti, et al 2000; Quiroz y Saco 2003; Molina, et al 2003; Albaladejo, et al 2004; Jiménez, 2004; Peiró, 2005; Gil, et al 2005; Grau, et al 2005; Ríos y Godoy, 2008; López, 2009; Roth y Pinto, 2010; Arias y Castro, 2013), siendo la satisfacción laboral un indicador importante de la salud laboral,

absentismo, tasas de rotación, calidad del trabajo, estrés laboral y burnout (Ríos y Godoy, 2008).

En nuestro estudio, coincidiendo con los estudios mencionados, se da una clara significación estadística en la relación entre la satisfacción laboral y el síndrome de burnout, correspondiéndose los mayores niveles de satisfacción laboral (en situación más favorable o verde), con bajos valores de MBI total y de las dimensiones AE y D, y con altos valores de RP; y los porcentajes en posición de desfavorable para la salud (rojo), con bajos niveles de satisfacción laboral, obtienen valores más altos de MBI total y de las dimensiones AE y D, y más bajos en la dimensión de RP.

Ante los resultados obtenidos y el análisis del objetivos 4º, creemos que quedan confirmada la "hipótesis complementaria C " de nuestro estudio.

5.6. Implicaciones prácticas del estudio: propuestas y estrategias de intervención

Con nuestra investigación, creemos que se ha objetivado suficientemente, como las variables de tipo organizacional en general, y las relacionadas con la gestión de los recursos humanos en particular, se hallan asociadas de forma relevante al denominado síndrome de burnout y a sus consecuencias en los profesionales de enfermería estudiados. A la luz de los resultados obtenidos y analizados en este estudio y teniendo en cuenta propuestas y estrategias consideradas en estudios coincidentes (Alameda, 2006; González, 2006; Aguilar, 2007; Manzano, 2008; Ríos, 2009; López, 2009, Salinas, 2012), e intentando que este esfuerzo de análisis tenga una utilidad práctica y de provecho para todos, nos permitimos dirigir nuestras consideraciones y estrategias hacia el futuro inmediato, para prevenir y/o poner freno a este importante problema de salud laboral, con altas repercusiones para los trabajadores sanitarios, para las instituciones sanitarias (centros hospitalarios) y para el objetivo central de la actividad profesional de la enfermería, que es, "el paciente". Estas estrategias deben contemplar un plan de acción integral dirigido a:

- **Prevenir** la aparición del síndrome, evitando en la medida de lo posible o reduciendo, todos los factores de riesgo psicosocial y fuentes de estrés que tienen especial incidencia en el síndrome de burnout. Salinas, (2012), establece que: "*si consideramos al burnout como la consecuencia final de una exposición repetida a los elementos estresantes del trabajo, el objetivo de manejo del síndrome no puede ser otro que no llegar al mismo*".

- **Reducir la vulnerabilidad** al estrés laboral y al síndrome de burnout con el establecimiento en los centros hospitalarios de un equipo experto de **soporte social interno** de apoyo y asesoramiento al personal sanitario ante los distintos factores de riesgo psicosocial laboral y estresores derivados de la actividad profesional, informando, formando, asesorando

y ayudando. Se ha demostrado la alta efectividad de los equipos de soporte interno en las instituciones sanitarias (Aneshensel, 1992; Sandín, 2003).

- **Profesionalizar de la gestión**: Es importante desvincular la gestión sanitaria de los cambios políticos ya que ésta vinculación impide la necesaria planificación de la gestión sanitaria a medio y largo plazo. Los gestores sanitarios deben ser seleccionados por concurrencia competitiva abierta en razón al mérito y capacidad y deben ser evaluados por el desempeño y los resultados y no por otras cuestiones. Cuesta mucho dinero y tiempo formar a los directivos, y este coste debería ser rentabilizado sacando provecho del capital directivo acumulado. La formación especializada contribuiría a esta profesionalización.

- **Propiciar un nuevo modelo organizativo, que sea consensuado por todos los agentes implicados en el proceso de asistencia sanitaria** (profesionales, pacientes, gestores, educadores). Esta es una estrategia que surgió hace unos años en el Hospital General de Ottawa (Canadá) y que se está llevando a cabo en un grupo de hospitales de Canadá y de Estados Unidos con muy buenos resultados en cuanto a la drástica reducción del absentismo, y del síndrome de burnout entre sus profesionales y la fidelización de los profesionales al centro por su mayor satisfacción y alta reducción de la rotación externa. Estos argumentos, tan positivos, están dando origen a que muchos de los organismos europeos relacionados con la gestión sanitaria se estén interesando por este nuevo modelo de consenso, y con ese motivo la Clínica de la Universidad de Navarra, en el simposio "Mirando hacia el futuro" del mes de marzo del 2012, invitó a la Dra. Ginette Rodger a hacer partícipe de sus aportaciones, como impulsora del modelo.

Sin ánimo de ser pretenciosos, y si con pena de no haber contado en su día con más apoyos ante una propuesta similar a la que ahora cruza el mundo de la gestión hospitalaria como propuesta innovadora,

hicimos en su día nuestra propuesta ante la administración gestora de nuestro centro de trabajo (Diputación Provincial de Palencia), y la pusimos en marcha durante cuatro años (entre 1988 y 1992), con unos resultados muy similares a los ya descritos y que en nuestro caso, hemos expuesto como justificación a este estudio, con la descripción de datos objetivados de: reducción del 42% del absentismo al año y medio del inicio del modelo de gestión, aumento de la calidad de los cuidados, nula rotación profesional externa aumento de la satisfacción laboral y alta demanda de los profesionales para trabajar en nuestro centro en una época de alta demanda de profesionales por parte de los centros de trabajo ante la gran escasez que generó la apertura laboral a la atención primaria. Este modelo implantado actualmente en muchos de los centros hospitalarios de Canadá y EE.UU., se basa en los principios fundamentales de "**respeto a la salud y calidad de vida de los profesionales**" en el ámbito organizacional, principios también adoptados por los hospitales acreditados como "magnéticos" que se resumen en:

- El paciente es el núcleo del cuidado. Modelos de organización del trabajo centrados en el paciente, con guías de práctica basada en la evidencia.

- Liderazgo competente: Se necesitan personas que sepan motivar y transmitir confianza, profesionalmente maduros. Formados como gestores de personas y no solo de tareas, que ofrezcan el soporte necesario a todo el equipo y que pase de "fiscalizador" a "facilitador"·

- Estructura organizativa: Horizontal y dinámica. Establecimiento de condiciones laborales satisfactorias. Alameda, (2006), propone una organización más eficaz, colaboradora y dialogante que fomente un ambiente de compromiso y coparticipación en la toma de decisiones y que incremente el crecimiento de los profesionales del equipo y aumente su capacidad de autonomía en el trabajo.

- Estilo de gestión: Democrático y accesible. Proceso de toma de decisiones descentralizado, propiciando la participación y la asunción de responsabilidades y estando abiertos a las propuestas del equipo. Cambio de la gestión de "lo complementario", a la gestión de "lo esencial".

- Política de Recursos humanos y ergonomía laboral: Adecuar las plantillas a las necesidades (recursos suficientes para una buena práctica profesional) a fin de evitar la sobrecarga laboral, facilitar rotaciones entre trabajadores, limitar los turnos rotatorios en función de las características de los profesionales (edad, situaciones familiares, etc.), posibilitar la flexibilización de horarios, favoreciendo la conciliación de la vida socio-familiar y laboral, adaptar los salarios a los objetivos pactados y a la producción que se derive de la actividad, adecuar la estructura para el desarrollo de una práctica segura y posibilitar un continuo desarrollo profesional.

- Potenciar relaciones interdisciplinares positivas y coordinadas a través de un trabajo colaborativo en equipo.

- Desarrollar medidas de apoyo a la formación y promoción de actividades de formación continua, basado en las necesidades de los distintos grupos profesionales. Incentivación con certificación de práctica competente y desarrollo de la carrera profesional.

- Adiestrar en la utilización de programas de afrontamiento y resistencia al estrés en responsables y profesionales del equipo de enfermería.

Se podrá pensar en lo utópico de las estrategias propuestas por costosas y complejas, pero en este caso, estas propuestas no suponen un mayor coste económico, solamente requieren un **esfuerzo de gestión** de líderes comprometidos, que sepan implicar a todos en este cambio de orientación necesario, pues no se puede continuar con modelos tan rígidos en este nuevo siglo. Yukl (2002), establece que "*se*

debe pasar de una conformación gerencial de los puestos de mando a una lidérica", en el actual sistema de prestación de servicios sanitarios, cada vez más complejo y exigente, que presiona para ser más ágil y eficiente, por lo que es preciso, una mayor diversificación de la responsabilidad y un mayor compromiso de todas las personas implicadas con el fin de conseguir la máxima calidad en la prestación de los asistencia, pues, la falta de calidad, nos sale mucho más cara a todos.

5.7. Limitaciones del estudio.

Como limitaciones a nuestro estudio, destacamos las siguientes:

- En relación con el primer objetivo de nuestro estudio, la prevalencia del burnout puede variar en función de las puntuaciones de corte utilizadas, habiendo comprobado la gran dificultad que existe de establecer comparaciones y líneas homogéneas de discusión de los datos con otros estudios, al utilizarse diferentes escalas y valores de corte para el MBI-HSS y sus dimensiones (AE, D y RP). Coincidimos con Ríos (2009), cuando afirma que "*existe una gran disparidad en los datos de prevalencia obtenidos en diferentes países y entornos socioculturales*". Los porcentajes de burnout y datos de prevalencia, son igualmente diferentes, como hemos podido observar claramente con los datos de prevalencia de los distintos estudios de nuestro país y entorno socio-cultural, al utilizarse puntuaciones de corte en algunos casos no idóneas para el sector profesional o cultural que se estudia (de otros países u otras áreas de actividad altamente dispares), pudiéndose cometer errores diagnósticos, tanto por exceso, como por defecto, que dan lugar a una gran confusión a la hora de conocer los datos reales de prevalencia del síndrome de burnout (Grau et al, 2008; Manzano, 2008).

- El análisis de ciertos datos subjetivizables (p.e. del absentismo laboral, relaciones interpersonales en el equipo, etc.), se ha basado únicamente

en las respuestas que han aportado los profesionales de enfermería participantes en el estudio a las preguntas específicas del cuestionario, y hay varios estudios que demuestran que algunos trabajadores tienden a subestimar o sobreestimar la situación, tanto con el propio absentismo (Harrison y Shafer 1994, Gaudine y Gregory 2010, Rodríguez, 2013), como con otras situaciones abordadas "sensibles", por lo que el análisis basado en las respuestas al cuestionario puede dar lugar a errores e inexactitudes de los datos aportados, con respecto a los datos reales.

"Fórmula antiestrés:

- ***Primero no preocuparse por las cosas pequeñas***
- ***Segundo recordar que casi todas las cosas en esta vida son pequeñas"***

Adams J. Jackson

6. CONCLUSIONES

Capítulo 6

CONCLUSIONES

A continuación se presentan las principales conclusiones extraídas de este trabajo de investigación con el deseo de contribuir al análisis, reflexión y avance en éste importante área de la salud laboral.

1. El "Cuestionario de Problemas Psicosomáticos" (CPP), el "Maslach Burnout Inventory" (MBI-HSS), el cuestionario de "Estresores Laborales para el Personal de Enfermería" (ELPE), y el “Cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales en la realización y organización del trabajo de los profesionales de enfermería de atención especializada (hospitalaria)”, integrantes del instrumento de medida de nuestro estudio, tienen una buena consistencia interna con unos coeficientes alfa de Cronbach que varían entre 0,958 y 0,491.

2. De las características sociodemográficas de la muestra destacamos la existencia de una alta rotación externa entre distintos centros, una alta rotación interna entre las distintas unidades y servicios y una elevada "ratio media" de pacientes por profesional de enfermería.

3. La muestra presenta una prevalencia del síndrome de burnout del 8,2%, con unos valores medios para las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de 19,50, 6,73 y 34,57 respectivamente. Estos valores se corresponden con un nivel de burnout medio.

4. El análisis de los resultados obtenidos nos ha permitido establecer la siguiente escala de evaluación del riesgo de sufrir burnout: muy alto en el 13,2% de la muestra, alto en el 4,5%, medio-alto, en el 13,2%, medio en el 27,7%, medio-bajo, en el 13,5%, bajo en el 12,2% y sin riesgo el 7,5%.

5. Se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia del síndrome de burnout en su relación con las variables: centro de trabajo, titularidad, modelo de gestión, edad, condición laboral, unidad/servicio de trabajo, turno de trabajo, esfuerzo físico del trabajo, estado de salud percibido, nivel de estrés percibido y absentismo por enfermedad y no se han encontrado diferencias significativas en relación con las variables: sexo, estado civil, nº de hijos y categoría profesional.

6. Hemos podido demostrar que valores mayores del síndrome de burnout se corresponden con valores más elevados de los problemas psicosomáticos incluidos en el cuestionario CPP.

7. La muestra presenta un elevado nivel de estrés laboral representado por el hecho de que más del 85% del personal de enfermería tienen puntuaciones totales que superan el 65% del máximo alcanzable en el cuestionario de estresores laborales para el personal de enfermería (ELPE). Los estresores que más contribuyen son los relacionados con: la gestión de los recursos humanos, la falta de autonomía en el trabajo, la supervisión y liderazgo, la comunicación e interrelaciones personales y el trabajo en equipo.

8. Los profesionales de enfermería de nuestro estudio obtienen puntuaciones más elevadas en los estresores de tipo intrínseco (reconocimiento, estima, relación de ayuda, competencia en el trabajo, trabajo en equipo, buenas relaciones personales, etc.), que en los extrínsecos (sueldo, prestaciones, jornada laboral, trabajo cómodo, etc.).

9. Los resultados obtenidos, reflejan diferencias significativas entre estrés laboral, y las variables categoría profesional, titularidad del centro y modelo de gestión de los recursos humanos.

10. De los estresores expresados por los profesionales de enfermería de nuestro estudio en la opción abierta del cuestionario, el 97% están relacionados con la gestión de los recursos humanos, organización del trabajo y la falta de soporte interno de ayuda.

11. Comparando la situación de los profesionales de enfermería de nuestro estudio con la de la población trabajadora española de referencia en cuanto al cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales nuestra muestra está en situación más desfavorable para la salud en todas las dimensiones excepto en las dimensiones "sentido del trabajo", "integración en la empresa" y "apoyo social de los compañeros". Destaca en la situación más desfavorable la dimensión "doble presencia", que duplica el porcentaje medio de la población asalariada española de referencia, al ser la enfermería una profesión ligada al "género".

12. Existe una relación significativa entre todas las dimensiones del cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales analizadas y el síndrome de burnout.

"Yo no cito a otros más que para expresar mejor mi pensamiento

Michel E. de Montaigne

"Una colección de pensamientos debe ser una farmacia donde se encuentra remedio a todos los males

Voltaire

7. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE, Méndez I. El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas. Bilbao: Fundación BBVA; 2013.

Adams A, Bond S. Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. J Adv Nurs. 2000;32:536-43.

Adams A, Bond S, Arber S. Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. Int J Nurs Stud. 1995;32:612-27.

Adey C. Stress: who cares? Nurs Times. 1987;83:52-3.

Afeche SC, Cipolla J. Ritmos biológicos. En: Aires MM (ed.). Fisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Riesgos emergentes [monografía en línea]. Observatorio Europeo de Riesgos. 2007 [acceso 16 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.osha.europa.eu.

Agolubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. J Adv Nurs. 2009;65:2056-66.

Agulló E. Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos y los otros trabajadores. En: Agulló E, Ovejero A (eds). Trabajo, individuo y sociedad. Madrid: Pirámide; 2001, pp. 95-144.

Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. J Affect Disord. 2005;88:55-62.

Ahola K, Honkone T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, et al. Contribution of burnout to the association between job strain and depresión: the health 2000 study. J Occup Environ Med.2006;48:1023-30.

Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Batear J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. J Psychosom Res. 2008;64:185-93.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane D, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job issatisfaction. JAMA. 2002;28:1987-93.

Aiken LH, Mullin M. Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. Enferm Clínica. 1995;5:259-62.

Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. Nurs Res. 2000;49:146-53.

Aiken LH, Sloane D, Klocinski J. Hospital nurses risk of occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. Am J Public Health. 1997;87:103-7.

Aiken LH, Sloane D, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. Med Care. 1999;37:760-72.

Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care. Med Care. 1994;32:771-87.

Alameda A. Prevención del síndrome de burnout entre los profesionales enfermeros. Metas Enferm. 2006;9:28-32.

Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Púb. 2004;78:505-16.

Albanesi S. La enfermería como profesión de riesgo. Vertex. 2004;14:280-5.

Albar MJ, Romero M, González MD, Carballo E, García A, Gutiérrez I, et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enferm Clín. 2004;14:281-5.

Alberdi I, Escario P. Los hombres jóvenes y la paternidad. Bilbao: Fundación BBVA; 2007.

Alcaino J. Disposiciones legales y su alcance sobre trabajos pesados. Chile: Instituto de salud pública de Chile, Departamento de Salud Ocupacional; 1996.

Alcalde V. Ergonomía hospitalaria: factores personales y de organización del trabajo y su relación con la aparición de lumbalgias en personal hospitalario [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1992.

Aleu MD, Carmona C, Ortuño MR. El absentismo legal en enfermería en la fundación hospital de L'Esperit Sant. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería de Santa Madrona; 2009.

Alimoglu MK, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a university hospital. Int J Nurs Stud. 2005;42:549-55.

Almos J, Spence H. Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 2002;14:408-20.

Alvarado R, Pérez J, Saavedra N, Fuentealba C, Alarcón A, Marchetti N, et al. Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. Rev Med Chile. 2012;140:1154-63.

Álvarez C. Enfermería hospitalaria I.L.T. Madrid: Consejo General de Colegios de Enfermería; 1990.

Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Porto AR. Características institucionais que interferem na liderança do enfermeiro. Rev Gaúcha de Enferm. 2009;30: 214-20.

Amutio A. The burnout syndrome in the sanitary personnel at the basque country: work variables, hardiness, psychological well-being and consequences. Madrid: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés; 2008, p. 67.

Aneshensel CS. Social stress: Theory and research. Ann Rev Sociol. 1992;18:15-38.

Antai D. Creative stress-management techniques for self-renewal. Dermatol Nurs. 2001;13:31-5.

Aranda C, Zarate B, Pando M, Sahún JE. Síndrome de Burnout. Variables sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. Rev Colomb Salud Ocup. 2009;1:12-6.

Arbelo MC, Sotolongo Y, Hernández O, Iglesias BM, Santander A. Morbilidad oculta de depresión y síndrome de burnout en profesores de la Facultad de Ciencias Médicas. Palma de Mallorca: Intersalud; 2008.

Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3a ed. Madrid: Elsevier; 2004.

Arias P, Castro M. Prevalencia del síndrome de burnout y factores socio-demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital nacional de niños durante el mes de septiembre de 2012 [tesis de graduación]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2013.

Aries M, Zuppiger I. Burnout and Nursing; study on the work situation and on psicological stress in nursing personel. Pflege. 1993;6:144-51.

Arizeta AG, Portillo I, Ayestarán S. Cambio organizacional y cultural en un hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. Rev Calid Asist. 2001;16:22-8.

Artaza O, Barría MS, Fuenzalida A, Núñez K, Quintana A, Vargas I, et al. Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Chile: Ministerio de salud, División de gestión de Red Asistencial; 2009.

Artiga A. La enfermera ante el síndrome de burnout: Estudio comparativo Atención Primaria - Atención Especializada. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 1997.

Artiga A. La Enfermería ante el síndrome de Burnout. Estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Especializada. Enferm Cientif. 2000;220:11-6.

Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Púb. 1997;71:293-303

Augusto JM, Berrios MP, Zafra E, Aguilar MC. Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. Ansiedad y Estrés. 2006;12:479-93.

Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público. Cienc Enferm -Chi-. 2009;15:55-68.

Bacaicoa P, Díaz V, Gea M, Linares J, Araya E, Alba JF, et al.. Comparación entre dos métodos de realización del electrocardiograma: electrodos adhesivos de un solo uso frente a electrodos de ventosa en nuestra unidad. Rev Enferm Cardiol. 2012;55-56:34-40.

Bakker AB, Heuven E. Emotional dissonance, Burnout, and in-role performance among nurses and police officers. Int J Stress Manag. 2006;13:423-40.

Bakker AB, Schaufeli WB. Burnout contagion processes among teachers. J Appl Social Psychol. 2000;30:2289-308.

Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol.* 1989;*44:*1175-84.

Barrera M, Ainley SL. The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *J Community Psychol.* 1983;*11:*133-44.

Bass B. Leadership and performance beyond expectations. New York: The Free Press; 1985.

Bass B. Stress and Leadership. In: Heller F (ed.). Decision making and leadership. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

Bass BM, Riggio RE. Transformational Leadership. 2a ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.

Bautista E, Devesa A, Guitart M, Palma MA, Pérez, M. Enfermería: ¿trabaja en equipo? Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermerísa "Santa Madrona"; 2008.

Beck DF. Counselors burnout in family service agencies. Soc Casework. 1987;68:3-15.

Bell PA, Greene TC. Thermal stress: Physiological, comfort, performance, and social effects of hot and cold environments. In: Evans GW (ed.). Environmental Stress. London: Cambridge University Press; 1982, pp. 75-105.

Bene B, Foxal MJ. Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. Hosp J. 1991;7:25-41.

Bennett P, Lowe R, Matthews V, Dourali M, Tattersall A. Stress in nurses: coping, managerial support and workdemand. Stress & Health. 2001;17:55-63.

Bernaldo M, Labrador FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. Int J Clin Health Psichol. 2007;7:323-35.

Bernaldo M, Labrador FJ. Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. An Psicol Clín Salud. 2008;4:53-61.

Bestard J, Larduet O. Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico. MEDISAN. 1998;2:6-11.

Bhana A, Haffejee N. Relation among measures of burnout, job satisfaction, and role dynamics for a sample of South African child-care social workers. Psychol Reports. 1996;79:431-4.

Blanca JJ, Del Rosal A, González MA, Aceituno A, Martín JC, Arjona A. Efecto de la implantación de turnos de enfermería “a demanda” sobre las horas de absentismo. Gac Sanit. 2012;26:480-2.

Blanco A. Presente y futuro de la tecnología de la información en el sector sanitario. Rev Calid Asist. 2000;15:271-4.

Blegen MA. Nurses job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs Res. 1993;42:36-41.

Boada J, Agulló E, De Diego R. El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. Psicothema. 2004;16:125-31.

Bongers PM, De Winter CR, Kompier MJA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Work Environ Health. 1993;19:297-312.

Borrachina I, Caballer V, Vivas D. Clasificación de usuarios en centros para mayores y un modelo de financiación de acuerdo con dependencia. Rev Ger Polít Salud. 2002;3:130-44.

Brenninkmeyer V, Van Yperen NV, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? Pers Indiv Dif. 2001;30:873-80.

Brotheridge CM, Grandey AA. Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of people work. J Vocat Behav. 2002;60:17-39.

Bryne B. The Maslach Burnout Inventory: Validating factorial structure and invariance across intermediate, secondary and university educators. Multivariate Behav Res. 1992;26:583-605.

Bucci N, Luna M. Contrastación entre los modelos de estudio del estrés como soporte para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo. REDIP UNEXPO URB Venezuela. 2012; 2:21-38.

Buitrago F, Lozano L, Fernández C, Bonino F, Candela M, Altimiras J. Incapacidades laborales transitorias de los colectivos profesionales administrativos y de enfermería. Gac Sanit. 1993;7:190-5.

Buunk BP, Schaufeli WB. Burnout: A perspectiva from social comparison theory. In: Scahufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. London: Taylor & Francis; 1993, pp. 53-69.

Burgos MC, Paravic TM. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Cienc Enferm -Chi-. 2003;IX:29-42.

Burguete M, Velasco J. Estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de puertas de urgencia. Enferm Clín. 1996:151-57.

Burisch M. A longitudinal study of burnout: The relative importance of dispositions and experiences. Work & Stress. 2002;16:1-17.

Burke RJ, Richardsen AM. Stress, burnout and helth. In: Cooper CL (ed.). Handbook of Stress, Medicine and Health. New York: CRC Press; 1996.

Burke RJ, Shearer J, Deszca G. Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. J Health Human Resour Admin. 1984;7:162-88.

Burns JM. Leadership. New York: Harper & Row; 1978.

Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria. 2001;27:313-17.

Cabo J. Gestión sanitaria integral: pública y privada. Madrid: Centro de Estudios Financieros; 2010.

Cáceres GG. Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad complutense; 2006.

Calera AA, Segura A. Incapacidad temporal y riesgos específicos en enfermería hospitalaria [monografía en internet]. 2008 [acceso 15 de abril de 2013]. Disponible en: http://ccoohospitalsantamaria.files.wordpress.com/2010/01/baixa-i-infermeria-hospitalaria-ponencia-istas.pdf.

Calle A, Frutos M. Cargas de trabajo en enfermería. En: Calvo MD (coord.). Enfermería del trabajo. Colección Cuidados Avanzados. Madrid: DAE; 2008, pp. 349-65.

Cámara N, Carretero J, Sánchez J, Reina CN. Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112. NURE Inv. [revista en línea] 2010 [acceso 22 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectonatalia.pdf.

Campanario R, Rey MY, Ortega A, Cárdeno MR. Situaciones estresantes para el personal de enfermería en observación del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Emergencias. [revista en línea] 2011 [acceso 22 de febrero de 2012];17. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina4.html.

Caprarulo H. El estrés: Pandemia del siglo XXI. Psiconeuroinmunoendocrinología. Buenos Aires: Akadia; 2006.

Carmona FJ, Sanz LJ, Marín D. Relaciones entre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. Enferm Científ. 2002;238-239:33-9.

Carpenter R. The relationship of codependency and burnout among nurses. Fla Nurs. 1991;39:10-1.

Carretero N, Roldán MD, Gil-Monte PR. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Ansiedad y Estrés. 2005;11:281-90.

Caruana A. Evaluación del estrés ocupacional en profesionales de la salud [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 1989.

Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias de afrontamiento. Rev Calid Asist. 2002;17:237-46.

Castaño AM. Relación entre trabajo a turnos, estrés y rendimiento laboral en personal de enfermería. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.

Castilla V, Ojeda F, Checa A, González R, Puras A. La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. Rev Calid Asist. 2000;15:241-8.

Castillo A, Benavente S, Arnold J, Cruz C. Presencia de síndrome de burnout en hospital el Pino y su relación con variables epidemiológicas. Rev ANACEM. 2012;6:9-13.

Castillo R, García F, Mositu G, Lila M, Herrero J. Hábitos de consumo de tabaco en profesionales de la salud y de la docencia en la Comunidad Valenciana. En: Colegio Ofical de Psicólogos (ed.). Libro de comunicaciones del II congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia; 1990, pp. 69-76.

Cebrià J. El síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. Gac Sanit. 2005;19:470.

Cebriá J, Segura J, Corbella S, Comas O, García M, Rodríguez C, et al. Rasgos de Burnout y personalidad en médicos de familia. Aten Primaria. 2001;27:459-68.

Centro de Investigaciones Sociológicas. Calidad de los servicios públicos, VI. Dis tribuciones marginales (Estudio nº 2908). Madrid: CIS; 2011.

Chacón M, Grau J. Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Rev Cub Oncol. 1997;13:118-25.

Cherniss C. Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. NewYork: Sage Publications; 1980.

Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In Scahufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional burnout: Recent Developments in Theory and Research. London: Taylor & Francis; 1993, pp. 135-49.

Cockerham WC. Handbook of Medical Sociology. Nueva York: Prentice-Hall; 2001.

Coffey M, Coleman M. The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. J Adv Nurs. 2001;34:397-407.

Cohen-Masfield J, Rosenthal AS. Absenteism of nursing staff in a nursing home. Int J Nurs Stud. 1989;26:187-94.

Collins SM, Karasek RA, Costas K. Job strain and autonomic indices of cardiovascular disease risk. Am J Ind Med. 2005;48:182-93.

Consejo General de Enfermería. Estudio de la situación de la Enfermería en España. Madrid: Organización Colegial de Enfermería; 1992.

Consejo General de Enfermería. Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base. Madrid: Organización Colegial de Enfermería; 1998.

Consejo Internacional de Enfermería. La Enfermería importa [monografía en línea]. Ginebra: CIE; 2009 [acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19h_FS-Estres_trabajo_amenaza_salud_trabajador-Sp.pdf.

Cooper CL. Handbook of Stress Medicine and health. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2005.

Cooper CL, Marshall J. Sources of managerial and white collar stress. In: Cooper CL, Payne R (eds.). Stress at Work. Chichester: Wiley; 1978, pp. 81-105.

Cooper CL, Smith MJ. Estilo de Dirección. En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Vol. II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001, p. 39.

Cortés J, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Aten Prim. 2003;32:288-95.

Cox T, Griffths A, Randall R. A risk management approach to the prevention of work stress. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. New York: John Wiley & Sons; 2003.

Cox T, Kuk G, Leiter M. Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. London: Taylor & Francis; 1993, pp. 177-93.

Cremades J. Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médico-quirúrgicos: una revisión bibliográfica. RECIEN. 2011;2:1-17.

Cremades J, Maciá L, López MJ, Orts I. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. Cogitare Enferm. 2011;16:209-14.

Cruz B, Austria F, Herrera L, Salas J, Vega CZ. Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. Suma Psicol. 2011;18:17-28.

Cruz V, Vargas J. Manifestaciones físicas y riesgo psicosocial que presentan las enfermeras del hospital san José de Sogamoso y su relación con el estrés intralaboral. Biblioteca Las Casas 2006 [acceso 2 de octubre de 2012];2. Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos /lc0090hp.

Cuenca R. Introducción a los riesgos laborales de naturaleza psicosocial. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1996.

Cuevas P, O'Ferrall FC, Crespo J. Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. Enferm Cientif. 1998;194-195:31-3.

Cummings R, Phillips R, Tilbrook R, Lowe K. Middle-Out Approaches to Reform of University Teaching and Learning: Champions Striding between the Top-Down and Bottom-Up Approaches. Int Rev Res Open Dist Learn. 2005;6:1-18.

Curiel JA, Rodríguez M, Guerrero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2006;44:22-6.

Dartiguepeyrou M. Étude comparative des niveaux de stress des jeunes infirmieres en poste de volante et en poste fixe des Hóspitaux Publics Dax et Bayonne. Santé Publiq. 1999;11:137-54.

Davey MM, Cummings G, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. J Nurs Manag. 2009;17:312-30.

De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. Enferm Clin. 2002;12:59-64.

De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benitez A, Corduras E, Gonzáles T, et al. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. Mapfre Med. 1995;6:7-18.

De Melo K, Ferraz ER. La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeras de un hospital de enseñanza. Enferm Global. 2013;29:274-80.

De Pablo C. El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. Nursing. 2007;25:60-5.

Delgado M, Llorca S, Domenech JM. Investigación científica: Fundamentos metodológicos y estípticos. Barcelona: Signo; 2005.

Demerouti E, Bakker AB, De Jonge J, Janssen PPM, Schaufeli WB. Burnout and engagement at workas a function of demands and control. Scand J Work Environ Health, 2001;27:279-86.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli BW. A model of burnout and life satisfaction amongst nurse. J Adv Nurs. 2000;32:454-64.

Dewe P. New Zealand Ministers of Religion: Sources of Stress at Work. Work & Stress. 1987a;1:351-63.

Dewe, PJ. Identifying the causes of nurses stress: A survey of New Zealand nurses. Work & stress. 1987b;1:15-24.

Díaz A, Feldman L. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. Cienc Trab. 2010;3:320-23.

Dick MJ. Burnout in nurse faculty: relationship with management style, collegial support, and work load in collegiate programs. J Prof Nurs. 1986;2:252-60.

Dickinson T, Wright KM. Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. Br J Nurs. 2008;17:82-7.

Doest L, Maes S, Gebhardt WA. Personal goal facilitation through work: Implications for employee satisfaction and well-being. Appl Psychol. 2006;55:192-219.

Dolan N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. J Adv Nurs. 1987;12:3-12.

Doncevic S, Romelsjö A, Theorell T. Comparison of stress, jof satisfaction, perception of control, and health among district nurses in Stockolm and prewar Zagreb. Scand J Soc Med. 1998;26:106-14.

Dunham J, Klafehn KA. Transformational leadership and the nurse executive. J Nurs Adm. 1990;20:28-34.

Durán MA, Extremera PN, Rey PL. Burnout en profesionales de la enseñanza: un estudio en educación primaria, secundaria y superior. Rev Psicol Trabajo Organiz. 2001;17:45-62.

Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of Disillusioment in Helping Proffesions. New York: Human Services Press; 1980.

Egeland JW, Brown JS. Sex role stereotyping and role strain of male registered nurses. Res Nurs Health. 1988;11:257-67.

Elovainio M, Sinervo T. Psychosocial stressors al work, psychological stress and musculoskeletal symtoms in the care for the elderly. Work & Stress. 1997;11-351-61.

Engel GL. Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia: Saunders; 1962.

Escribá V. Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. Rev ROL Enferm. 1992a;169:61-6.

Escribá V. Condiciones de trabajo en el hospital. Rev ROL Enferm. 1992b;170:67-71.

Escribá V, Martín D, Pérez S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health. 2006; 80:127-33.

Escribá V, Mas R, Cárdenas M. Estresores laborales y bienestar psicológico. Rol Enfermería. 2000;23:506-11.

Escribá V, Pérez-Hoyos S, Bolumar F. Absentismo laboral del personal de enfermería de los hospitales valencianos. Gac Sanit. 1992;6:239-44.

Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. Aten Primaria. 2005;35:108-9.

Etzion D. Burnout: The Hidden Agenda of Human Distress. Tel–Aviv: University of Tel-Aviv; 1987.

Expósito JA, Echevarría C, Del Pino R, Díaz P, Algarín MI, Cayuela A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout en servicios de rehabilitación. Rehabilitación. 2004;38:59-65.

Fagoaga ML, Imbernón FJ. El síndrome de estrés y la enfermería de urgencia. Rev Enf Univ. 2000;12:6-12.

Farber BA. Stress and Burnout. New York: Pergamon Press; 1983.

Farrerons L, Calvo F. Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. Ansiedad y Estrés. 2008;14:101-13.

Faura T. Síndrome de Burn Out: Enfermería grupo de alto riesgo. Rev ROL Enferm. 1988;116:53-6.

Fawzi R. Job Stress, Job performance, and social support among hospital nurses. J Nurs Scholarsh. 2004;36:73-8.

Fernández O. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1998.

Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria. 2003;31:1-10.

Ferrando J, Pérez J. Un instrumento para medir la quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). Rev Psiquiatr Fac Med Barc. 1996;23:11-8.

Ferreiros RL. Patología de la turnicidad. Gac Méd Bilbao. 1974;24:3-42.

Ferrer E. Resultados de estudio de agotamiento profesional en la Enfermería francesa. JANO. 1993;XLV:23-4.

Feuerstein M, Shaw WS, Nichola RA., Huang GD. Desde factores de riesgo confundentes a sospechados: Factores psicosociales y desórdenes de la extremidad superior relacionados al trabajo. Rev Electromiog Kinesiol. 2004:14:171-8.

Firth H, McKeown P, McIntee J, Britton P. Professional depression, burnout and personality in hospital longstay nursing. Mt J Nurs Stud. 1987;24:227-37.

Flórez JA. El estrés asedia a las profesiones sanitarias. Médico. 1991;427:37-52.

Fong CM. Role overload, social support, and burnout among nursing educators. J Nurs Educ. 1990;29:102-8.

Fonseca G, Pérez K. Influencia del estrés en el paciente diabético. Revista 16 de Abril [revista en línea]. 2006 [acceso 2 de octubre de 2012]. Disponible en:http://www.16deabril.sld.cu/rev/229/articulo1.html.

Fornés J. Estrés laboral en personal de enfermería: causas emociones y posibles predictores. Mallorca: Universidad de Islas Baleares; 1992.

Fornés J, Martínez-Abascal MA, García G. Análisis del cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. Int J Clin Health Psychol. 2008;8:267-83.

Fornés J, González R, Serra N, Salvador I. Estrés laboral vs. salud personal. Enfermería y ciertas unidades de trabajo, víctimas indiscutibles. Enferm Cientif. 1993;136-137:23-7.

Fornés J, Reynés J, Sureda C. Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería. Un estudio piloto. Rev ROL Enferm. 2004;27:568-76.

Fraga I. Desmotivación y Enfermería. Diagnóstico del problema. Metas Enferm. 2001;IV:38-41.

Freedy JR, Hobfoll SE. Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. Anxiety Stress Coping. 1994;6:311-25.

Freudemberger HJ. Staff burnout. J Soc Iss. 1974;30:159-165.

Friedman HS. Personality and Disease. Nueva York: Wiley; 1990.

Friesen D, Sarros J. Sources of burnout among educators. J Organ Behav. 1986;10:179-88.

Firth-Cozens J. Chemical dependency in the health professions. J. Nurs Midw. 1987;32:91-7.

Frisch R, Demberck P, Shannon V. The Head Nurse: perceptions of stress and ways of copping. Can J Nurs Adm. 1991;4:6-13.

Gabriel P, Liimatainen MR. Mental Health in the Work Place: Introduction. Geneva: International Labour Office; 2000.

Gálvez A. Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. El Hospital Magnético. Index Enferm. 2003;XII:80-2.

Gálvez M, Ríos F, Fernández L, Del Águila B, Muñumel G, Fernández C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva de la enfermera: un estudio fenomenológico. Enferm Intens. 2011; 22:13-21.

Garcés E, García C, Martínez F. Factorización de un cuestionario de burnout en una muestra de deportistas. Psicologemas. 1995;17:93-107.

García J, Herrero S, León J. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra de trabajadores del hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla. Apunt Psicol. 2007;25:157-74.

García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Rev Psicol Trabajo Organiz. 1991;7:3-12.

García M. Estrés laboral. En: García M (ed.) Psicología del trabajo y de las organizaciones. Murcia: Diego Marín; 1999, pp. 229-49.

García M, Castellón M, Albaladejo B, García A. Relaciones entre el burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en el personal de la Banca. Rev Psicol Trab Organiz. 1993;11:17-26.

García M, Llor B, García A, Ruiz JA. Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. Rev Psicol Trabajo Organiz. 2006;22:381-96.

García M, Llor B, Sáez C. Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. Anales de Psiquiatría. 1994; 10:180-4.

García M, Llor B, Sáez MC, Ruiz JA, Blasco JR, Campillo MJ. Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: El NAQ-RE. Revisión de la adaptación española. Weimar: European Association of Psychological Assessment; 2004, p. 97.

García M, Sáez MC, Llor B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. Rev Psicol Trabajo Organiz. 2000;16:215-28.

García N, Carmona A, Roca A, Olona M. Síndrome de burnout en los equipos de enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. Metas Enferm. 2004;7:6-12.

García S. La qualitat de vida profesional com a avantatge competitiu. Rev Qualitat. 1993;11:4-9.

García S, Dolan S. La dirección por valores (DpV). El cambio más allá de la dirección por objetivos. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.

Garnés AF. Fuentes de estrés laboral en médicos de urgencia hospitalaria. Av Traumatol. 2005;35:16-20.

Gascón S, Olmedo M, Ciccotelli H. La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). Rev Psicopatol Psicol Clin. 2003;8:55-66.

Gaudine A, Gregory C. The accuracy of nurses estimates of their absenteeism. J Nurs Manag. 2010;18:599-605.

Gaynés E, Giménez M, Portell M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7:101-8.

George D, Mallery P. SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1995.

Gervás JJ, Hernández M. Enfermedad de Tomás. Med Clin. 1989;93:572-5.

Gestal JJ. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 3a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.

Gil F, Alcover JM, Peiró JM. Work team effectiveness in organizational contexts: Recent research and applications in Spain and Portugal. J Manag Psychol. 2005;20:193-218.

Gil-Monte PR. El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería [tesis doctoral]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 1994.

Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Publica Mex. 2002a;44:33-40.

Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Psicol Estudo. 2002b;7:3-10.

Gil-Monte PR. Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Rev Psicol Trabajo Organiz. 2003;19:181-97.

Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.

Gil Monte PR. Magnitud of relationhip between burnout and absenteeism: a preliminary study. Psychol Rep. 2008;102:465-8.

Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez EM. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. Rev Psicol Trabajos Organiz. 2005;21:107-23.

Gil-Monte PR, Moreno B. El síndrome de quemarse por el trabajo. Burnout. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007.

Gil-Monte PR, Nuñez EM, Selva Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: Un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. Rev Interam Psicol. 2006;40:227-32.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio sobre antecedentes significativos del síndrome de quemarse por el trabajo («burnout») en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. Rev Psicol Trabajo Organiz. 1996;12:67-80.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema. 1999;11:679-89.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. Rev Psicol Trabajo Organiz. 2000;16:135-49.

Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. El síndrome de burnout entre profesionales de Enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En: González L, de la Torre A, de Elena J (coord.). Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías. Salamanca: Eudema; 1995, pp. 221-244.

Girones M. ¡Alerta! Somos responsables de la salud de nuestra espalda. Rev ROL Enferm. 1998;233:73-8.

Glass DC, Mcnight JD, Valdimarsdottiv H. Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. J Consult Clin Psychol. 1993;61:147-55.

Golembiewsky RT, Munzenrinder RF. Phases of Burnout: Developments in Concepts and Applications. New York: Praeger; 1988.

Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in od research and praxis. J Appl Behav Sci. 1983;19:461-81.

Golembiewsky RT, Munzenrider R, Stevenson JG. Stress in Organizations: Toward a Phase Model of Burnout. New York: Praeger; 1986.

Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. J Adv Nurs. 2009;65:2056-66.

Gómez MC, Álamo MC, Amador M, Ceacero F, Mayor A, Muñoz A, et al. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. Med Segur Trab. 2009;55:52-62.

González DJ. Psicología de la motivación. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

González E. Diferencias de género en salud mental. Rev Psiquis. 1999;20:9-16.

González F. Estudio de los factores psicosociales de riesgo en el sector público de la enseñanza pública de la provincia de Málaga, a través del Método ISTAS. Málaga: CC.OO.; 2006.

González JL. Homeostasis, alostasis y adaptación. En: Guimón J (ed.). Crisis y contención. Madrid: Eneida; 2008, pp. 31-7.

González JL, Garrosa E. Líneas de estrategias de actuación focalizadas en el individuo: propósitos específicos. En: Gil-Monte P, Moreno-Jiménez B (eds). El síndrome de quemarse en el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2007.

Gorp K, Schaufeli WB. Burnout and cognitive withdrawal: a social exchange perspective. Cracow: Personnel Psychology in Health Care Organizations, Cracovia; 1993.

Grajales T. Estudio de la validez factorial de Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos [monografía en línea]. 2000 [acceso 21 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.tagnet.org/autores/monografias/mono.htm.

Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev Esp Salud Púb. 2007;83:215-30.

Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005;19:463-70.

Grau E. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2008.

Grau E, Gil Monte PR, García JA, Figueiredo, H. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería, estudio longitudinal comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS. Madrid: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés; 2008, p. 74.

Grau E, Gil-Monte PR, García JA, Figueiredo H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2010;47: 1013-20.

Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. Soc Sci Med. 1981;15:639-47.

Grazziano ES, Ferraz ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enferm Glob. 2010;18:1-20

Greenglass ER, Burke RJ, Moore KA. Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. Appli Psychol. 2003;52:580-97.

Greice S, Carvalho MN. Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del centro psiquiátrico de Manaus, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem. [revista en línea] 2008 [acceso el 6 de septiembre de 2013]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_16.pdf.

Grzywacz JG, Casey PR, Jones FA. The effects of workplace flexibility on health behaviors: A cross-sectional and longitudinal analysis. J Occup Environ Med. 2007;12:1302-9.

Güleryüz G, Güney S, Aydin EM, Asan O. The mediating effect of job satisafaction betwen emotional intellegence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008;7:1625-35.

Guppy A, Gutteridge T. Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nurs staff. Work & Stress. 1991; 5:315-23.

Gustafsson ES. Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study. Nurs Ethics. 2012;17:16-38.

Hallberg UE, Johansson G, Schaufeli WB. Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. Scand J Psychol. 2007;48:135-42.

Hamaideh SH, Mrayyan MT, Mudallal R, Faouri IG, Khasawneh NA. Jordanian nurses job stressors and social support. Int Nurs Rev. 2008;55:40-7.

Hare J, Pratt CC, Andrews D. Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospital and nursing homes. Int J Nurs. 1988;25:105-15.

Harrison D, Shaffer M. Comparative examinations of self-reports and perceived absenteeism norms: wading through Lake Wobegon. J Appl Psychol. 1994;79:240-51.

Harrison M, Loiselle CG, Duquette A, Semenic SE. Hardiness work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. J Adv Nurs. 2002;38:584-91.

Harrison WD. A social competence model burnout. In: Farber BA (ed.). Stress and Burnout in the Human Services Professions. New York: Pergamon Press; 1983.

Hartrick GA, Hills MD. Staff nurse perception of stressors and support needs in their workplace. Can J Nurs Res Spring. 1993;25:23-31.

Hätinen M, Kinnunen U, Pekkonen M, Aro A. Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health. J Occup Health Psychol. 2004;9:220-37.

Heifetz R, Grashow A, Linsky M. La práctica del liderazgo adaptativo. Madrid: Paidos; 2012.

Hellriegel D, Jackson S, Slocum J. Administración: un enfoque basado en competencias.10a ed. México: Thomson; 2002.

Hernández C. Estilos de liderazgo de enfermeras y enfermeros del Servicio Cántabro de Salud. Reduca. Serie de Trabajos Fin de Máster. 2010;2:593-606.

Hernández E, Cerezo S, López MG. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral de enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc. 2007;15:161-6.

Hernández J. Guía de gestión del estrés laboral. Navarra: Aranzadi; 2010.

Hernández JF. Políticas de personal en el Sistema Sanitario Público. Presup Gasto Púb. 2005;41:287-307.

Hersey P, Blanchard KH. Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources. 6th ed. New Yersey: Prentice Hall; 1993.

Hersey P, Blanchard K, Johnson D. Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources. 7th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1996.

Heuven E, Bakker AB. Emotional dissonance and burnout among cabin attendants. Eur J Work Organiz Psychol. 2003;12:81-100.

Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. Soc Sci Med. 1997;45:1781-8.

Hingley P, Cooper CL. Stress and the Nurse Manager. Chichester: John Wiley & Sons; 1986.

Hipwell AE, Tyler PA. Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital envirouments. Br J Med Psychol. 1989;62:71-9.

Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In: Scahufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. London: Taylor & Francis; 1993, pp. 115-29.

Hock RR. Professional burnout among public school teachers. Pub Person Manage. 1988;17:167-89.

Hoffman AJ, Scott LD. Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. J Nurs Adm. 2003;33:337-42.

Hollingworth C, Matthews G, Hartnett DM. Job satisfaction and mood: an exploratory study. Work & Stress. 1988;2:225-32.

Holmes TH, Rahe RH. The social readjustement rating scale. J Psichom Res. 1967;11:213-8.

Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometä E, Kalimo R, Nykyri E, el al. The association between burnout and physical illness in the general population: Results from the Finnish Health 2000 Study. J Psychosom Res. 2006;61:59-66.

Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdok P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of bornout among male and female GPs. A three wave panel study. BMC Pub Health. 2011;11:240.

House JS. Work Stress and Social Support. Reading Mass: Addison-Wesley; 1981.

Huici C, Morales JF. Psicología de Grupos I. Estructura y procesos. Madrid: UNED; 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Informe del movimiento natural de la población del año 2012 [base de datos en línea]. 2013 [acceso 2 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np784.pdf.

Instituto Nacional de la Salud. Gestión clínica en los centros del INSALUD. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Psicosociología del trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psico-social. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

Iranzo JE, Sánchez M. Modelos de gestión sanitaria. Colaboración y sostenibilidad. Méd Econ. 2011;145:44-5.

Isla R, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D. Factores organizacionales y psicosociales implicados en el acoso psicológico en el trabajo [monografía en línea]. 2009 [acceso 27 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.marisolcollazos.es/Prevencion-tratamiento-delincuencia/Factores-acoso.html.

Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Gerberding JL. Nurse staffing and healthcare-associated infections: proceedings from a working group meeting. J Nurs Adm. 2002;32:314-22.

Jamal M. Burnout among Canadian and Chinese employees: Across-cultural study. Eur Manage Rev. 2005;2:224-30.

Jansen PGM, Kerkstra A, Abu-Saad HH, Van Der Zee J. The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. Int J Nurs Stud. 1996;33:407-21.

Janssen P, Jorge J, Bakker A. Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. J Adv Nurs. 1999;29:1360-9.

Jenaro C, Flores N, Arias B. Burnout and coping in human service practitioners. Prof Psychol Res Pract. 2007;38:80-7.

Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. J Adv Nurs. 2004;48: 622-31.

Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. Cir Pediátr. 2002;15:73-8.

Jimenez JP. Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma. Rev Méd Chile. 2004;132:635-6.

Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health. 1988;78:1336-42.

Jones JG. Stress in psychiatric nursing. In: Payne R, Firth-Cozens J (eds.). Stress in Health Professionals. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1987.

Kahn RL, Wolf DM, Quinn RP. Organizational Stress. Studies in Role Conflict and Ambiguity. NewYork: Wiley; 1964.

Kanste O, Nikkil J. The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. J Nurs Manag. 2007;15:731.

Kantas A, Vassilaki E. Burnout in Greek teachers: main findings and validity of the Maslach Burnout Inventory. Work & Stress. 1997;11:94-100.

Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q. 1979;24:285-309.

Karasek R, Theorell T. Healthy Work Stress Productivity and Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books; 1990.

Katschnig H. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2000.

Kilfedder CJ, Power G, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. J Adv Nurs. 2001;34:383-96.

Kinnunen ML, Feldt T, Kinnunen U, Kaprio J, Pulkkinen L. Association between long-term job strain and metabolic syndrome factor across sex and occupation. J Ind Diff. 2006;27:151-61.

Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. Occup Environ Med 2001;58:361-6.

Knardahl S. Factores psicosociales y sociales en el trabajo: contribución a los desórdenes musculoesqueléticos y discapacidades. Ital Med Lav Ergonom. 2000;27:65-73.

Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image J Nurs Sch. 1998;30:315-21.

Krakowski AJ. Stress and the practice of medicine 1. The myth and reality. Br J Psych Res. 1982; 26:91-8.

Kron T. Liderazgo y administración en Enfermería. Mexico: Interamericana; 1983.

Kubo T, Fukuda S, Hirata K, Shimada K, Maeda K, Komukai K, et al. Comparison of coronary microcirculation in female nurses after day-time versis night-time shifts. Am J Cardiol. 2011;108:1665-8.

La Rocco JM, House JS, French JRP. Social Support. occupational stress, and health. J Health Soc Behav. 1980;21:202-18.

Lackritz JR. Exploring burnout among university faculty: Incidence, performance, and demographic issues. Teach Teach Educ. 2004;20:713-29.

Lake ET. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Res Nurs Health. 2002;25:176-88.

Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.

Landsbergis PA, Schnall PL, Belkic KL, Baker D, Schwartz JE, Pickering TG, et al. The workplace and cardiovascular disease: Relevance and potential role for occupational health psychology. In: Quick JC, Tetrick LE, Lois E (eds.). Handbook of Occupational Health Psychology. Washington: American Psychological Association; 2003, pp. 265-87.

Lanzarote MA, Lopez MN, Rius LIM, Sanz MA. Ansiedad en los profesionales de Enfermería. Rev ROL Enferm. 1993;184:83-6.

Laria J, Anguix J, Higueras M, Morata C, Ribera D, Cartagena E, et al. Estrés en los profesionales de enfermería. Enferm clínica. 1995;5:15-25.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer; 1984.

Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.

Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. J Adv Nurs. 2004;48:632-41.

Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol. 1996;81:123-33.

Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. J Organiz Behav. 1991;9:297-308.

Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Londres: Taylor & Francis; 1993, pp. 237-50.

Leiter MP, Gascón S, Martínez B. Modelo de doble proceso sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): su relevancia en profesionales de enfermería de España y Canada. Inform Psicol. 2008;91-92:95-109.

Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. J Org Behav. 1988;9:297-308.

Leka S, Griffiths A, Cox T. ¿Que es el estrés laboral?. La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. [monografía en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2004 [acceso 3 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/-occupational_health/ publications/pwh3sp.pdf.

Leza JC. Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. Ansiedad y Estrés. 2005;11:123-40.

Likert R. New Patterns of Management. New York: McGraw-Hill; 1961.

Llorens S, Salanova ML. Un modelo de demandas-recursos para explicar el proceso de tecnoestrés. Atenea digital. 2000 [acceso 19 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.blues.uab.es/athenea.

Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD. Handbook of Industrial and Organizational Psicology. Chicago: Rand McNally College; 1976, pp. 1297-350.

Lomeña JA, Martínez C, Negrillo M, Naranjo A. Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. Aten Primaria. 1991;8:549-54.

López F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. Rev Calid Asist. 2002;17:201-5.

López IM. Factores asociados a las incapacidades laborales por enfermedad de corta duración en profesionales de enfermería en un hospital universitario [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.

López JA, Pérez F. ¿De qué estrés hablan los estudios sobre su medida en enfermería? Resultados a partir de una revisión bibliográfica (1980-2003). Rev Psicol Trabajo Organiz. 2004;20:65-75.

López L. Intervención psicológica en la empresa. Madrid: Pirámide; 2008.

López M. Estrés de los profesionales de Enfermería: ¿sobre qué o quién repercute? Rev ROL Enferm. 1995;201:65-8.

López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martinón F, Martinón JM. Síndrome de desgaste profesional en personal asistencial pediátrico. Anal Pediatr. 2005;62:248-51.

López MJ. Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de La gestión de los recursos humanos [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.

Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. Int J Nurs Stud. 2007;44:574-88.

Luceño L, Martín J, Jaén M, Díaz EM. Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. Edupsique. 2005;4:19-42.

Mackie P. Career change in and out of nursing. Nurs Stand. 1991;5:50-1.

Malach-Pines A, Ben-Ari A, Utasi A, Larson D. A cross-cultural investigation of social support and Burnout. Eur Psychol. 2002;7:256-64.

Mallet K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice. Psycol Rep. 1991;68:1347-59.

Manassero M, García E, Vázquez A, Ferrer VA, Ramis C, Gili M. Análisis causal del burnout en la enseñanza. Rev Psicol Trabajo Organiz. 2000;16:173-95.

Manrique A, Frutos M. Higiene postural. Biomecánica aplicada a las movilizaciones de personas dependientes. Zaragoza: Los sitios; 2007.

Mansilla F. Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. [monografía en línea]. 2009 [acceso 22 abril de 2012]. Disponible en: www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml.

Manso J. Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. Psicologíacientifica.com. [revista en línea] 2006 [acceso 18 noviembre de 2011]. Disponible en http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-128-confiabilidad-y-validez-factorial-del-maslach-burnout-inventory-version-human-services-survey-en-una-muestra-de-asistentes-sociales-chilenos.html.

Manzano G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. Inform Psicol. 2008;91-92:23-31.

Manzano G, Ramos F. La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. Enferm Científ. 1999;206-207:69-78.

Marriner-Tomey A. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. 8a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Martín F. El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Nota Técnica de Prevención 318 [monografía en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1993 [acceso 12 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnics/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf.

Martín J, Gómez T, Beamud M, Cortés JA, Alberquilla A. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in primary care. BMC Healh Serv Res. 2007;7:101.

Martín MA, Zarco V. Psicología del trabajo, de las organizaciones y de los Recursos Humanos. Madrid: Pirámide; 2010.

Martín MC. Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones de la salud: una revisión de la evidencia existente. Enferm Intens. 2007;18:168-81.

Martín MC, Santiago I, Rodríguez F, Moreno MT, Andrés P, Casadevall A, et al. Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León. Enferm Clin. 2006;16:119-26.

Martín ME, Sanz J. Lumbalgia. Actuación en medicina del trabajo. Med Trabajo. 1992;1:265-76.

Martínez C, López G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Arch Med Fam. 2005;7:6-9.

Martínez D, Jaqueti J, Polo M, Prieto I, Rodríguez A, Bandrés F. Dolor de espalda en enfermeras y auxiliares de enfermería destinadas en plantas de hospitalización. Percepción y repercusión laboral. Med Trabajo. 1993;2:323-4.

Martínez M, Rosat E, Martínez C, Martínez P, Queipo D. Absentismo laboral hospitalario del Area sanitaria este de Valladolid como indicador del estrés de los profesionales sanitarios ("síndrome de burn-out"). Rev Esp Med Seg Trabajo. 2008;3:5-12.

Más R, Escribà V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. Arch Prev Riesg Labor. 1999;2:159-67.

Maslach C. The client role in staff burnout. J Social Iss. 1978;34:111-25.

Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1981a.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981b;2:99-113.

Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. In: Sanders GS, Suis J (eds.). Social Psychology of Health and Illness. London: Erlbaum; 1982, pp. 227-52.

Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.

Mason JW. Psychological stress and endocrine function. In: Sachar EJ (ed.). Topics in Psychoendocrinology. New York: Grune & Stratton; 1975, pp. 1-18.

Matteson MT, Ivancevich JM. Controlling Work Stress. Effective Human Resource and Management Strategies. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.

Mayou R. Burnout. Br Med J. 1978;295:284-5.

McAbee R. Occupational stress and burnout in the nursing profession. A model for prevention. AAOHN J Dec. 1991;39:368-75.

McDermott D. Professional burnout and its relation to job characteristics satisfaction, and control. J Human Stress. 1984;10:79-85.

Meda RM, Moreno B, Rodríguez A, Morante ME, Ortiz GR. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. Psicol Salud. 2008;18:107-16.

Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychol Bull. 2006;132:327-53.

Meseguer M. El acoso psicológico en el trabajo (mobbing) y su relación con los factores de riesgo psicosocial en una empresa hortofrutícola [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2005.

Millán R, Mesen A. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. Acta Méd. Costarric. 2009;51:91-97.

Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La gestión del cuidado en la legislación chilena (II) Estado actual. Cienc Enferm. 2011;XII:23-33.

Mingo MT. Estudio de la satisfacción laboral de los fisioterapéutas en la sanidad pública de Castilla y León [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2008.

Mingote JC, Pérez S. Estrés en la Enfermería: El cuidado del cuidador. Madrid: Díaz de Santos; 2003.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS Informe 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Informe de 2009 [monografía en línea]. 2011 [acceso 12 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/home.htm.

Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta de calidad de vida en el trabajo. Madrid: MTIM; 2007 [acceso 9 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.mtin.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm.

Miret CM. El profesional de urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An Sist Sanit Navar. 2010; 33:193-201.

Miró E, Solanes A, Martínez P, Sánchez AI, Rodríguez J. Relación entre el burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, la tensión laboral y las características del sueño. Psicothema. 2007;19:388-94.

Misumi J. The Behavioural Science of Leadership. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1985.

Mola B. Patología de la espalda. Rev ROL Enferm. 1996;214:15-8.

Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003;31:564-74.

Molina A, García MA, Alonso M. En relación con el burnout. Medifam. 2003;13:89-90

Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enferm Clín. 2005;15:275-81.

Molina T, Gutiérrez AG, Hernández L, Contreras CM. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. Anal Psicol. 2008;24:353-60.

Mompart MP, Durán M. Administración y gestión de servicios de enfermería. 2a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.

Moncada S Trabajo repetitivo y estrés. Ponencia I foro ISTAS de Salud Laboral. Valencia; noviembre, 2000.

Moncada S, Llorens C, Font A, Galtés A, Navarro A. Exposición laboral a riesgos psicosociales en población asalariada en España (2004-05): valores de referencia del cuestionario COPSOQ ISTAS21. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:667-75.

Moncada S, Llorens C, Kristensen TS. Manual de la versión media del método ISTAS 21 (CoPsoQ) de evaluación de riesgos psicosociales [monografía en línea]. Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS); 2002 [acceso 8 de diciembre de 2010]. Disponible en: www.istas.ccoo.es/descargas/m_metodo_istas21.pdf.

Morales IJ, Bermejo MC. Enfermería una profesión enferma. Desarrollo Científ Enferm. 2012;20:4-8.

Morales S, Gascón S, Martínez B, Amores M, Bolea M. La turnicidad como factor de riesgo psicosocial en personal hospitalario. Santiago de Chile: ORP; 2005, p.65.

Moracho O. Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas. Madrid: Fundación Alternativas; 2008.

Morata MA, Ferrer VA. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. Mapfre Med. 2004;15:199-211.

Moreira JM, Álvarez MC. Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. Emergencias. 2002;14:6-12.

Moreno B, Garrosa E, González JL. Personalidad resistente, burnout y salud. Escr Psicol. 2000;4:64-77.

Moreno B, Garrosa E, Rodríguez R, Martínez M, Ferrer R. El burnout del profesorado universitario y las intenciones de abandono: un estudio multi-muestra. Rev Psicol Trabajo Organiz. 2009;25:149-63.

Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. Rev ROL Enferm. 2002;25:738-46.

Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A. El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Carballo VE, Buela G (eds.). Manual de Psicología Clínica. Madrid: Siglo XXI; 1991, pp. 271-84.

Moreno B, Oliver C. El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones. Madrid: Siglo XXI; 1992.

Moreno B, Peñacoba C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón MA (ed.). Manual de Psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1999, pp. 739-764.

Morett N, Moranta ME, Rodríguez A, Rodríguez-Carbajal R. El síndrome de burnout en los profesionales de emergencias. En: Gil P, Moreno B (ed.). El síndrome de quemarse por el trabajo. Burnout. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007.

Moreu F, Vilana J. Aplicaciones del modelo de dirección estratégica en el sector salud. Rev Adm Sanit. 2008;6:333-7.

Munuera G. Estrés laboral, mobbing y organización del trabajo. 2a ed. Madrid: GPS; 2002.

Muñoz E, Linares L, Torrent M, Coll JM. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. Aten Primaria. 2006;37:209-14.

Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney C. Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer care providers. J Health Psychol. 2009;14:267-77.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. N Engl J Med. 2002;346:1715-22

Nelson HW, Pratt CC, Carpenter CE, Walter KL. Factor affecting volunteer long-term care ombudsman organizational commitment and burnout. Nonprofit Vol Sect Quart. 1995;24:213-33.

Nogareda C. Carga mental en el trabajo hospitalario: guía para su valoración. NTP 275. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1991.

Nogareda S. Fisiología del Estrés. Nota técnica de prevención 355. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1994.

Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Aff. 2008;27:58-71.

Nunnaly JC, Berstein IH. Psychometric Theory. 3a ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

Núñez J, Castro S, Lema M, Alvarado S, Valcarcel L, Álvarez L, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. Rev SESLAP. 2010;II:23-7.

Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depresión predict currentsymptoms of professional burnout. J Affect Disord. 2005;88:63-8.

Oberle K, Davies B. An exploration of nursing desillusionment. Car J Nurs Res Spring. 1993;25:67-76.

Odiorne G. Administraçào por Objetivos. Rio de Janeiro: LTC; 1976.

O'Donnel L, O'Donnel CR, Plek JH, Snarey JK, Rose RM. Psychosocial responses of hospital workers to adquired Inmune Deficiency Syndrome. J Appl Social Psychol. 1987;17:269-85.

Oehler JM, Davidson MG. Job stress and burnout in acute and monacute pediatric nurses. Am J Crit Care. 1992;1:81-90.

Olivares VE. Análisis de las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. Cienc Trab. 2009;11:217-21.

Olivares VE, Vera A, Juarez A. Prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile. Cienc Trab. 2009;32:63-71

Oliver C. Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma; 1993.

Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. Psiquis. 2001;22:117-29.

Ordenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr. 2004;75:449-54.

Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo [monografía en línea]. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales; 2001 [acceso 12 de noviembre de 2011] Disponible en:http://www.mtas.es/publica/enciclo/default.htm.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría OMS. Calidad de la atención: seguridad del paciente [monografía en línea]. 2002 [acceso 13 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf.

Ortega C, López F, Gómez S. Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Med Paliat. 2009;15:93-7.

Ortells N, Muñoz T, Paguina M, Morató I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias de un hospital comarcal. Enferm Glob. 2013;30:196-207.

Örtqvist O, Wincent J. Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review. Int J Stress Manag. 2006;13:399-422.

Otero C, Dalmau I. Métodos de evaluación de factores psicosociales en el sector sanitario, FSICO e ISTAS 21. Bol Not@s PI. 2007;10:1-16.

Pades A. Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención [tesis doctoral]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2003.

Pades A, Homar C. Estrés laboral y burnout en enfermería. Metas Enferm. 2006a;9:67-72.

Pades A, Homar C. El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. Rev ROL Enferm. 2006b;29:577-82.

Palmer Y, Prince R, Searcy R, Compean B. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. Enferm Clín. 2007;17:256-60.

Pamplona E, Pasamar B, Tomeo M, Fontana B, Anadón D, García S. El síndrome de burnout en el personal de Enfermería. Anal Cienc Salud. 1999;2:55-64.

Parada ME, Moreno R, Mejías Z, Rivas A, Rivas F, Cerrada J, et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida,Venezuela, 2005. Rev Fac Nal Salud Púb. 2005;23:33-45.

Parent-Thirion A, Fernández E, Hurley J, Vermey l. Fourth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007 [acceso 26 marzo 2012]. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ ef0698en.pdf.

Párraga JM. Eficacia del programa i.r.i.s. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2005.

Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. J Adv Nurs. 2001;33:396-405.

Payne R, Firth-Cozens J. Stress in Health Professionals. Chichester: John Wiley & Sons; 1987.

Peeters MA, Rutte CG. Time management behavior as a moderator for the Job Demand-Control Interaction. J Occup Health Psychol. 2005;10:64-75.

Peiró JM. Estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva Rev INSHT. 2001;13:18-38.

Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide; 2005.

Peiró JM. Stress and coping at work: new research trends and their implications for practice. In: Näswall K, Hellgren J, Sverke M (eds.). The Individual in the Changing Working Life. Cambridge: Cambridge University Press; 2008: pp.284-310.

Peiró JM, Zurriaga M, González-Roma V. Análisis y diagnóstico de las situaciones y experiencias de estrés colectivo en las unidades de trabajo y en las organizaciones de servicios sociales. Rev INSHT. 2002;20:11-20.

Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carbajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. Enferm Clín. 2002;12:59-64.

Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. 2002;16:480-6.

Perdomo C. Estudo do cortisol salivar e ciclo vigília-sono em trabalhadores da área da saúde do turno noturno. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Pereda S, Berrocal F. Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2005.

Pérez G. Investigación Cualitativa : Retos e interrogantes. Madrid: La Muralla; 2007.

Pérez X. Hostigamiento laboral: Mobbing. San Pedro: UCR; 2008.

Perezagua MC, Del Río O, Vidal B. Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: Enfermeras de Urgencias vs. Enfermeras resto hospital. Rev Enferm Cardiol. 2003;29:24-9.

Petterson JL, Arnetz BB, Hörte JE. Predictors of job satisfaction and job influence. Psychother Psychosom. 1995;64:9-19.

Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2006;43:311-8.

Pimentel G, Bottura AL, Nogueira LA, Salloum S. Burnout in nursing residents. Rev Esc Enferm USP. 2011;45:12-8.

Pines A, Aronson E, Kufry D. Burnout. NewYork: The Free Press; 1981.

Piñuel I. Mobbing, el estado de la cuestión. Madrid: Gestión 2000; 2008.

Pla O, Hernández A, Orquín J, Sanz FJ. La enfermería y el estrés laboral: Amistades peligrosas. Enferm Integral. 1999;48:15-8.

Poncet MC, Toullic P, Papacian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:698-704.

Porter A, Howie J, Levinson A. Stress and the general practitioner. In: Payme R, Firth-Cozens J (eds.). Stress in Health Professionals. Chichester: John Wiley & Sons; 1987, pp. 45-70.

Posig M, Kickul J. Extending our understanding of burnout: Test of an integrated model in non service occupations. J Occup Health Psychol. 2003;8:3-19.

Potter C. To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. Australas Emerg Nurs J. 2006;9:57-64.

Pozo C, Alonso E, Fuentes A. Conductas de riesgo en el personal sanitario. La percepción del riesgo desde una aproximación psicosocial. Gran Canarias: ORP; 2002, p.89.

Preciado ML, Vázquez JM. Perfil del estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2010;48:11-9.

Price D, Murphy P. Staff burnout in the perspective of grief theory. Death Educ. 1984;8:47-58.

Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria. 2002;29:294-302.

Prins JT, Hoekstra JE, Gazendam SM, Vande HB, Sprangers FC, Van Der Heijden FM. The role of social support in burnout among Dutch medical residents. Psychol Health Med. 2007;12:1-6.

Pucheu A. ¿Cómo el liderazgo transformacional de supervisoras de enfermería afecta el burnout de enfermeras clínicas? Evidencia de dos Hospitales Chilenos. Cienc Trab. 2010;12:403-9.

Puig-Junoy J. ¿Recortar o desinvertir? Econ Salud. 2011;72:1-6.

Quiroz R, Saco S. Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. SITUA. 2003;12:11-22.

Ramos F, Castro R, Fernández MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. Mapfre Med. 1999;10:134-44.

Rauhala A, Kivima KM, Fagerstro ML, Elovainio M, Virtanem M, Vahtera J, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. J Adv Nurs. 2007;57:286-95.

Raventos J. Es hoy determinante invertir en el desarrollo de las organizaciones. Rev Capital Hum. 2004;181:16.

Redolar D. El cerebro estresado. Barcelona: UOC; 2011.

Reig A, Cartagena E, Ribera D, García J, Caruana A, Maciá L. Estrés en el personal de enfermería: Un análisis empírico en el hospital. Enferm Científ. 1986;46:4-10.

Reig A, Caruana A. Batería de Evaluación de Estrés en Profesionales de la Salud. Alicante: Universidad de Alicante; 1987.

Reig A, Caruana A. Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y del estado de salud en personal de Enfermería de hospital. Rev Psicol Trabajo Organiz. 1989a;14:147-62.

Reig A, Caruana A, Perlaba JI. Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de Enfermería español y norteamericano. Enferm Científ. 1989b;91:4-14.

Reizenstein, J, Grant M, Simons D. Desing that cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors. Chicago: American Hospital Association;1986.

Repullo JR. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos. Rev Calid Asist. 2011;26:1-4.

Revicky D, May HJ. Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses. Behav Med. 1989;15:30-6.

Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: A review of the literature. J Appl Psychol. 2002; 87:698-714.

Ribera D, Cartagena E, Reig A, Romá MT, Sans I, Caruana A. Estrés laboral y salud en profesionales de Enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: Secretaría de Publicaciones de la Universidad de Alicante; 1993.

Ríos MI. Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: estudio exploratorio en personal de enfermería [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.

Ríos MI, Godoy C. Satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. Enferm Clín. 2008;18:134-41.

Ríos MI, Godoy C. Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. Emergencias. [revista en línea] 2008 [acceso 11 de marzo de 2013). Disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/ pagina6.html.

Ríos MI, Peñalver F, Godoy C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Enferm Intens. 2008;19:169-78.

Ritchie KA, McDonald EB, Gilmour WH, Murray KJ. Analysis of sickness absence among employees of four NHS trust. Occup Environ Med. 1999;56:702-8.

Robertson EK, Stansfeld SA, Weller I, Sarah S, Zagorski BM, Stewart DE. Major depressive episodes and work stress: Results from a national population survey. Am J Public Health. 2007;97:10234-57.

Rodríguez A, Muñoz MJ, Marzo A, Sánchez F. Liderazgo en grupos de trabajo enfermeros. Percepciones. Enferm Clín. 2009;19:206-9.

Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2001;28:259-62.

Rodríguez FJ, Blanco MA, Pérez SI, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2005;36:442-7.

Rodríguez LF, López MT. Enfermeras y supervisoras de enfermería: motivación o estrés. Index Enferm. 1996;16-17:13-6.

Rodríguez N. Del mobbing al burnout. Barcelona: Océano; 2013.

Rodríguez R. Personal de enfermería y absentismo laboral en el Servicio Extremeño de Salud: análisis desde la perspectiva de género [tesis doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2013.

Rosengren K, Kullén A, Axelsson L. The staff´s experience of structural changes in the health and medical service in western Sweden. J Nurs Manag. 1999;7:289-98.

Ross RR, Altmaier EM, Russel DW. Job stress, social support and burnout among counselling center staff. J Counsel Psychol. 1989;36:464-70.

Roth E, Pinto B. Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de la Paz. Ajayu. 2010;8:62-100.

Royo MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit. 1999;13:177-84.

Ruíz MG. Gestión por valores: aliada de la humanización. Med Econ. 2012;165:14-5.

Salanova M, Grau RM, Cifre E, Llorens S. Computer training, frequency of usage and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. Comput Human Behav. 2000;16:575-90.

Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. Papel Psicol. 2008;29: 59-67.

Salinas D. Prevención y afrontamiento del estrés laboral. Madrid: CCS; 2012.

Sánchez D, Molio E, Ariño J, LLop MA, Gómez A, Ferrer R. Absentismo laboral por lesiones músculo-esqueléticas. Enferm Intens. 1997;8:3-16.

Sánchez V, Jiménez I, García L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. SEMERGEN. 2009;35:211-3.

Sanchez-Anguita A. Salud Laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción. Salamanca: Amarú; 2006.

Sandín B. El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. Int J Clin Health Psychol. 2003;3:141-57

Santamaría MI, Soto R. Prevalencia del burnout en la enfermería de Atención Primaria. Enferm Clín. 2005;15:123-30.

Santana L, Gil N, Méndez A, Marrero I, Alayón S, Martín JC, et al. Percepción de las actitudes éticas de la enfermera de cuidados intensivos ante la limitación de tratamiento. Enferm Intens. 2010;21:142-9.

Sarros JC, Friesen D. The etiology of administrator burnout. Alberta J Educ Res. 1987;33:163-79.

Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and teorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JA, Cooper L (eds.). The Handbook of Work and Health Psychology. West Sussex: John Wiley & Sons; 2003.

Schaufeli WB, Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis; 1998.

Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Car Develop Int. 2009;14 :204-20.

Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. London: Taylor & Francis; 1993.

Schaufeli WB, Van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. J Organ Behav. 1993;14:631-47.

Schwab RL, Jackson SE, Schuler RS. Educator burnout sources and consequences. Educ Res Quart. 1986;10:14-30.

Sebastián O. Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. Madrid; Intersalud: 2002.

Seisdedos N. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.

Seltzer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate burnout. Acad Manage J. 1988;31:439-46.

Selye H. The Stress of Life. New York: McGraw Hill; 1956.

Selye H. Stress without Distress. Philadelphia: Lippincot; 1974.

Selye H. The stress concept: past, present and future. In: Cooper CL (ed.). Stress Research: Issues for the Eighties. New York: John Wiley & Sons; 1983, pp. 1-20.

Shirom A. Burnout in organizations. In: Cooper CL, Robertson IT (eds.). International Review of Industrial and Organizational Psychology. Chichester: Wiley; 1989, pp. 25-48.

Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manage. 2006;13:176-200.

Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. J Occup Health Psychol. 2006;11:328-42.

Shumaker S, Pequegnat V. Hospital desing, health providers, and the delivery of effective health care. In: Zube EH, Moore GT (eds.). Advances in Environment, Behavior, and Design. Vol 2. New York: Plenum, pp. 161-99.

Shumaker S, Reizenstein J. Environmental factors affecting in patient stress in acute hospitals. In: Evans G (ed.) Environmental Stress. New York: Cambridge Press; 1982.

Siegrist J. Stress work, self-experience, and cardiovascular disease prevention. In: Orth-Gomér K, Schneiderman N (eds.). Behavioral Medicine Approaches to Cardivascular Disease Prevention. Mahwah: LEA; 1996a. 87-104.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. J Occup Psychol. 1996b;1:27-41.

Silva MA, Galvão MC. Aplicação da liderança situacional na enfermagem de Centro Cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 2007;41:104-12.

Simón MJ, Blesa A, Bermejo C, Calvo MA, Gómez de Enterría C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. Enferm Intens. 2005;16:3-14.

Sindicato de Enfermería SATSE. Gestión de recursos humanos sanitarios en hospitales de Castilla la Mancha. Ciudad Real: SATSE Castilla la Mancha; 2011.

Sindicato de Enfermería SATSE. Estudio SATSE Percepción de estrés en los profesionales de enfermería de España. Percepción y síntomas de estrés en el colectivo enfermero español. Madrid: Secretaría General Técnica; 2012.

Smith LA, Roman A, Dollard MF, Winefield AH, Siegrist J. Effort-reward imbalance at work: the effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. Stress & Health. 2005;21:113-28.

Smith NM, Birch NE, Marchant MP. Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. Pub Libraries. 1984;23:83-5.

Solanes A, Serrano MA, Martín B, Zamora I. Satisfacción laboral y riesgos psicosociales en el trabajo. En: Romay J, García R (eds.) Psicología social y problemas sociales. Psicol Organiz Trabajo Recursos Hum Salud. 2005;4:707-10.

Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enferm Intens. 2002;13:9-16.

Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008;25:245-65.

Soler MI. La evaluación de los factores de riesgo psicosocial del trabajo en el sector hortofrutícola: el cuestionario FAPSIHOS [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.

Soothill K, Barry J, Williams C. Words and actions: a study in nurse wastage. Int J Nurs Stud. 1992;29:163-75.

Stordeurs S, D'Hoore W. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. J Adv Nurs. 2007;57:45-58.

Stordeurs S, D'Hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organisational stress and emotional exhaustionamong hospital nursing staff. J Adv Nurs. 2001;35:533-42.

Taris TW, Le Blanc P, Schaufeli WB, Schreurs PJG. Are there relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. Work & Stress. 2005;19:256-62.

Taylor PJ. Absentismo causas y control. Absentismo definición y estadísticas. Enciclopedias de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1989.

Teixido J, Tarrats L, Arias N, Cosculluela A. Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2006;26:74-83.

Thompson MS, Page SL, Cooper CL. A test of Caver and Scheier´s self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. Stress Med. 1993;9:221-35.

Tomás J, Fernández L. Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. Metas Enferm. 2002;45:6-12.

Tomás-Sábado J, Aradilla A, Guix E. Alexitimia y estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalaria. Metas Enferm. 2004;7:62-5.

Topa G, Morales JF. Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. Int J Clin Psychol. 2007;7:337-48.

Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Vaananen A, Kalimo R, Jappinen P. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. Behav Med. 2005;31:18-27.

Tortosa MA. Jornada debate: coordinación sanitaria una necesidad ineludible. Cáceres: Observatorio Estatal de la Discapacidad; 2009.

Tsigilis N, Koustelios A, Togia A. Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction. J Manage Psychol. 2004;19:666-75.

Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. Soc Sci Med. 2004;59:2335-59.

Uribe TM y Jaramillo DE. La condición femenina, influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. Invest Educ Enferm. 2002;XX:132-9.

Urricelqui A, Sanz AC. Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de Enfermería. Rev ROL Enferm. 2000;23:353-4.

Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clarke S, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Med Care. 2004;42:57-66.

Valdano J, Mateo J. Liderazgo. Madrid: Aguilar; 2012.

Valdés M, Flores T. Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1985.

Valecillo M, Quevedo AL, Palma AL, Dos Santos A, Montiel M, Camejo M, et al. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. Salud Trab. 2009;17:85-95.

Van den Berg TIJ, Landeweerd JA, Tummers GER, Van Merode GG. A comparative study of organisational characteristics, work characteristics and nurses psychological work reactions in a hospital and nursing home setting. Int J Nurs Stud. 2006;43:491-505.

Varela PI, Fontao LF, Martínez AF, Pita A, Valín MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. Aten Primaria. 2005;35:301-5.

Vázquez C, Hervás G. La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva. Madrid: Alianza; 2009.

Vega ED, Pérez A. El síndrome de burnout en el médico. Madrid: Smith Kline Beecham; 1998.

Vela A, Moreno B, Rodríguez A, Olavarrieta S, Fernández J, De la Cruz JJ, et al. Insomnia and sleep quality among primary care pshisicians with low and high burnout levels. J Psychosom Res. 2008;64:435-42.

Vigoda E. Organizational politics, job attitudes, and work outcomes: Exploration and implications for the Public Sector. J Vocat Behav. 2000;57:326-47.

Villa JM, Garví M, García S, Galindo A, Merchán MN, Rojo RM. La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. Enferm Global. [revista en línea] 2004 [acceso 12 de mayo de 2012]. Disponible en http://revistas.um.es/eglobal/article/view/558.

Villanueva R, Albaladejo R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Epidemiología del síndrome de burnout. Rev ROL Enferm. 2008;31:509-18.

Villar M, Aranaz JM. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. Arch Prev Riesgos Labor. 2005;9:20-7.

Vinaccia S, Alvarán L. El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Univ Psychol. 2004;3:35-45.

Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Can Med Assoc J. 2003;168:271-5.

Weinert AB. Manual de Psicología de la organización. La conducta humana en las organizaciones. Barcelona: Herder; 1985.

Weiss B. Eliminar el estrés. Barcelona: Ediciones B; 2004.

Winnubst JA. Organizational structure, social support and burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. London: Taylor & Francis; 1993, pp. 151-62.

Winwood PC, Winefield AH, Lushington K. Work related fatigue and ricovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. J Adv Nurs. 2006;56:438-49.

Yang FH, Chang CC. Emotional labour, job satisfation and organizational commitment amongst clinical nurses: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008;45:879-87.

Yukl G. Leadership in organizations. Englewoods Cliffs: Prentice Hall; 2002.

Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. Eur J Work Organiz Psychol. 1996;5:215-37.

Zellars KL, Perrewé PL. Affective personality and thecontent of emotional social support: Coping in organizations. J Appl Psychol. 2001;86:459-67.

"También los manantiales y los pozos se agotan cuando se extrae demasiado y muy frecuentemente de ellos"

Demóstenes

8. ANEXOS

Anexo 1:
Modelo de solicitud de consentimiento para obtención de datos

Universidad de Valladolid
Escuela de Enfermería "Dr. Sala de Pablo"
Campus "Duques de Soria"

Manuel Frutos Martín
Tfno.: 975-129506
E-mail: mafruel@enf.uva.es

Soria, marzo de 2011

Sra. Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario de .....

Estimada Sra.:

Desde hace años, como enfermero en la práctica asistencial hospitalaria me ha preocupado el tema del estrés laboral y el "burnout" que se da en nuestro entorno de trabajo y los "estresores" más habituales en la génesis de este importante problema de salud pública, con importantes repercusiones en la salud de los profesionales y en la calidad de las servicios que prestamos a la población.

En la actualidad estoy realizando un trabajo de investigación (Tesis Doctoral) con el objetivo de analizar la situación actual del problema en distintos centros sanitarios (estudio multicéntrico) del que le adjunto el proyecto para lo que le solicito **su autorización y el consentimiento** para pasar un cuestionario a un grupo de profesionales de Enfermería seleccionados al azar (Diplomadas/Graduadas y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) de la Institución de la que es Directora de Enfermería, garantizándole en todo momento, el anonimato de dicho cuestionario, la voluntariedad en su cumplimentación así como la confidencialidad de los datos que se obtengan.

Una vez realizado el trabajo, igualmente me comprometo a informarle de los datos globales obtenidos en los profesionales que constituyan la muestra del Centro de su responsabilidad por si le son de utilidad en el conjunto de aspectos relacionados con la gestión del mismo.

Su consentimiento para la obtención de los datos en la muestra seleccionada en el Centro es fundamental para el desarrollo de este trabajo de investigación que, sin duda, espero sea una aportación y un granito de arena en el objetivo que todos tenemos de llegar a la excelencia en nuestra actividad profesional, detectando aquellos aspectos que requieran algún tipo de abordaje o de estrategia a fin de lograr la máxima satisfacción de los profesionales implicados y, en definitiva, la máxima calidad en los cuidados a las personas que demandan nuestros servicios.

Aprovecho esta oportunidad para desearle todo lo mejor a nivel personal y profesional, agradeciéndole de antemano su colaboración en este trabajo.

Reciba mi consideración y saludo

Fdo.: Manuel Frutos Martín
Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria

Anexo 2:
Carta informativa para los participantes en el estudio (muestra)

Universidad de Valladolid
Escuela de Enfermería "Dr. Sala de Pablo"
Campus "Duques de Soria"

Manuel Frutos Martín
Tfno.: 975-129506
E-mail: mafruel@enf.uva.es

Soria, marzo-mayo de 2011

Estimada/o compañera/o:

Desde hace años, como enfermero en la práctica asistencial hospitalaria me ha preocupado el tema del estrés laboral y el "burnout" (estar quemado) que se da en nuestro entorno de trabajo y los "estresores" más habituales en la génesis de este importante problema de salud pública, con importantes repercusiones en la salud de los profesionales y en la calidad de las servicios que prestamos a la población.

En la actualidad estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de analizar la situación actual del problema en distintos centros sanitarios (estudio multicéntrico) para lo que **es fundamental poder contar con tu colaboración contestando el cuestionario adjunto**, con el que se trata de conocer tu opinión y respuesta a una serie de aspectos relacionados con este tema de análisis. **Es muy importante para garantizar la validez de tus respuestas que se contesten todas las preguntas del cuestionario**, a fin de poder llegar a unas conclusiones más sólidas y válidas, que favorezcan la identificación de posibles estrategias y propuestas de mejora que resuelvan los aspectos de clima organizacional relacionados con este problema y favorezcan mayores niveles de satisfacción y motivación en nuestra actividad diaria.

Este cuestionario **es ANONIMO** y **CONFIDENCIAL** por lo que se ruega tu máxima sinceridad en las respuestas. Aunque es un poco extenso con el fin de abarcar las áreas que respondan a los objetivos de la investigación te ruego me dediques un poco de tu tiempo y me ayudes con tu experta y valiosa opinión.

Tu colaboración respondiendo al cuestionario es fundamental para el desarrollo de esta investigación por lo que te animo a aportar tu inestimable ayuda para, entre todos, intentar conseguir una práctica profesional que garantice nuestra satisfacción y la elevada calidad de servicio que se nos demanda y la "excelencia" a la que aspiramos.

Aprovecho esta oportunidad para desearte todo lo mejor a nivel personal y profesional, agradeciéndote de antemano tu colaboración

Recibe un cariñoso saludo

Fdo.: Manuel Frutos Martín
Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria

NOTA: Cuando hayas contestado al cuestionario y con el fin de garantizar el anonimato y confidencialidad, introdúcelo en el sobre adjunto sin ningún tipo de identificación y ciérralo. El sobre te lo recogerá la misma persona que te lo ha entregado.

Anexo 3:
Instrucciones para los colaboradores

Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería "Dr. Sala de Pablo"
Campus "Duques de Soria"

Manuel Frutos Martín
Tfno.: 975-129506
E-mail: mafruel@enf.uva.es

Soria, marzo de 2011

RECOMENDACIONES PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DEL CUESTIONARIO DE ESTRÉS LABORAL/BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIO (enfermeras y auxiliares de enfermería)

Querida colaboradora y amiga:

Te mando los cuestionarios que hemos convenido a fin de iniciar el proceso de entrega y recogida de los mismos en la medida que los profesionales los vayan contestando.

Aunque el cuestionario parezca extenso, en el pre-test y test de prueba se ha contestado de forma cómoda en 20/25 minutos. Eso sí, requiere motivar un poco a las personas a las que se les entregue para que lo respondan lo antes posible pues, de lo contrario, se alarga en el tiempo y lo dejan olvidado.

Es bueno advertir a los profesionales que es voluntario para que si de antemano dicen que no quieren participar, nos ahorramos un cuestionario que se puede utilizar para otra/o compañera/o que sí esté dispuesta/o a colaborar. Igualmente es importante saber a quien se les entrega para que los devuelvan o contestados o sin contestar para así aprovechar al máximo el número de cuestionarios ya que se mandan ajustados a la muestra representativa del centro.

Independientemente de las unidades en las que se aconseja pasar los cuestionarios, no todos los centros seleccionados tienen el global de las unidades descritas, al centrarse en ciertas áreas especializadas por lo que pasáis los cuestionarios en las unidades y especialidades con las que trabajéis y buscando la participación del mayor número de profesionales del centro (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) ya que al ser un grupo reducido y es más difícil de definir la representatividad de la muestra.

No importa que haya más cuestionarios de unas unidades que de otras, pues la representatividad se analiza desde el Centro en conjunto. Lo que sí que intenta es que se equipare o asemeje la participación entre el número de enfermeras y de auxiliares de enfermería.

Un abrazo y **MUCHISIMAS GRACIAS POR LA AYUDA Y COLABORACIÓN**

Fdo.: Manuel Frutos Martín
Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria

Anexo 4:
Unidades/Servicios de referencia para la entrega de cuestionarios

Universidad de Valladolid
Escuela de Enfermería "Dr. Sala de Pablo"
Campus "Duques de Soria"

Manuel Frutos Martín
Tfno.: 975-129506
E-mail: mafruel@enf.uva.es

Soria, marzo de 2011

Estimada colaboradora:

Las unidades de referencia seleccionadas para que sean similares en los distintos Centros seleccionados en los que se pasan los cuestionarios a las enfermeras y Técnicos auxiliares en cuidados de enfermería son:

- MEDICINA INTERNA
- CIRUGÍA GENERAL
- ESPECIALIDADES QUIRURGICAS A ELEGIR VARIAS ENTRE:
  - Urología
  - Traumatología
  - Otorrinolaringología
  - Oftalmología
- TOCO-GINECOLOGÍA
- PEDIATRÍA
- PSIQUIATRÍA/SALUD MENTAL
- GERIATRÍA
- CUIDADOS PALIATIVOS
- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - REANIMACIÓN

Como verás son 10 (más o menos) servicios/unidades a muestrear por lo que puedes entregar más o menos entre 10-15 cuestionarios por unidad entre los profesionales dispuestos a colaborar y cubriríamos perfectamente la muestra representativa.

Aunque no es fundamental que se distribuyan proporcionalmente la muestra entre las unidades descritas en base al número de profesionales según categoría, sí que es conveniente que se aproxime a la proporción de la población de profesionales. Si ves que en una unidad hay más posibilidades de éxito en la respuesta al cuestionario, no importa que haya más cuestionarios de unas unidades que de otras, pues la representatividad se analiza desde el Centro en su conjunto.

SE QUE LO HARÁS CON MIMO Y DEDICACIÓN Y SABES QUE TE LO AGRADEZCO DE TODO CORAZÓN.

Recibe un cordial saludo

Fdo.: Manuel Frutos Martín
Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria

Anexo 5:
Cuestionario

Universidad de Valladolid
Escuela de Enfermería "Dr. Sala de Pablo"
Campus "Duques de Soria"

Manuel Frutos Martín
Tfno.: 975-129506
E-mail: mafruel@enf.uva.es

CUESTIONARIO GENERAL PARA ENFERMERIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
(Diplomadas/os – Graduadas/os y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería)

OBJETIVO:

Analizar el nivel de satisfacción profesional y el nivel de estrés laboral/burnout y sus repercusiones en el desarrollo de la actividad profesional, identificando estresores relevantes y factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo.

*NOTA: Este cuestionario es totalmente **voluntario** y **anónimo**. Dada la importancia que pueden tener los resultados, **te ruego contestes a todas las preguntas del cuestionario**, siendo sincera/o y expresando tu posición personal ante las distintas cuestiones.*

Agradezco de antemano tu colaboración, y me comprometo a daros a conocer, si son de vuestro interés, las conclusiones que se deriven de los datos del Centro/unidad de trabajo.

Centro de trabajo _____

Titularidad del Centro: ☐ Pública
- ☐ Comunidad Autónoma
- ☐ Fundación

☐ Privada
☐ Mixta
☐ Otra (especificar)_____

Ciudad: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

1.- SEXO:
☐ Mujer ☐ Hombre

2.- EDAD:
_____años

3.- ESTADO CIVIL:
☐ Soltera/o
☐ Casado/a o con pareja estable
☐ Separada/o – Divorciada/o
☐ Viuda/o

4.- NUMERO DE HIJOS:
_____ Hijos

5.- CATEGORÍA PROFESIONAL:
☐ Enfermera/o
☐ Auxiliar de Enfermería

Continuar a la vuelta de la página

6.- TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL:

_____ AÑOS

7.- TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL

_____ AÑOS

8.- CONDICION LABORAL:

- ☐ Funcionaria/o
- ☐ Estatutaria/o
- ☐ Laboral fija/o
- ☐ Interina/o
- ☐ Contratada/o eventual.
- ☐ Otra (especificar) _____

9.- UNIDAD O SERVICIO ACTUAL DE TRABAJO:

_____

10.- TIEMPO EN EL SERVICIO ACTUAL:

_____ AÑOS / _____ MESES

11.- ASIGNACIÓN A LA UNIDAD/SERVICIO

- ☐ Voluntaria (por solicitud personal o concurso)
- ☐ Obligatoria (Asignación desde Recursos Humanos/Dirección de Enfermería)

12.- ¿DESEA CAMBIAR DE SERVICIO / UNIDAD DE TRABAJO?

☐ No ☐ Si

13.- NUMERO DE CAMBIOS DE SERVICIO / UNIDAD DE TRABAJO DESDE SU INICIO EN EL CENTRO

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Más de dos

14.- NIVEL DE RESPONSABILIDAD/PUESTO:

- ☐ Supervisora
- ☐ Enfermera
- ☐ Auxiliar de enfermería.

15.- TURNO DE TRABAJO:

- ☐ Fijo de mañana
- ☐ Mañanas / tardes
- ☐ Noches fijas
- ☐ Rotatorio Clásico (semana de mañanas; semana de tardes; noches alternas)
- ☐ Rotatorio antiestrés
- ☐ Plantilla volante/irregular según necesidades.
- ☐ Otros (especificar): _____

16.- ¿DESEA CAMBIAR DE TURNO DE TRABAJO?

☐ No ☐ Si

Turno que desea _____

17.- NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN SU UNIDAD DE TRABAJO ACTUAL

N° de Enfermeras _____ N° de Auxiliares de Enfermería_____

18.- NÚMERO DE CAMAS/PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRABAJO ACTUAL

Camas/pacientes _____

19.- NÚMERO HABITUAL DE PROFESIONALES DE SU CATEGORÍA POR TURNOS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CUIDADORA (exceptuando a la Supervisión):

A) TURNO DE MAÑANA	1☐	2☐	3☐	MÁS DE 3☐
B) TURNO DE TARDE	1☐	2☐	3☐	MÁS DE 3☐
C) TURNO DE NOCHE	1☐	2☐	3☐	MÁS DE 3☐

20.- NÚMERO DE PACIENTES QUE ATIENDES HABITUALMENTE

Turno de mañana _____ Turno de tarde _____ Turno de noche _____

21.- ¿QUÉ ESFUERZO FÍSICO REQUIERE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD DIARIA?

☐ Poco (trabajo sedentario)
☐ Actividad física ligera
☐ Actividad física moderada
☐ Mucho/Actividad física intensa

22.- ¿SE LE OFRECE DESDE EL CENTRO/UNIDAD LA POSIBILIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES FORMATIVAS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS, DESTREZAS Y COMPETENCIAS DE SU PRÁCTICA PROFESIONAL?

☐ SI ☐ NO

23.- ¿HA REALIZADO ALGUNA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA/ACTUALIZACIÓN DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?

☐ SI ☐ NO

DATOS DE SALUD Y ESTRÉS PERCIBIDO

24.- COMO DEFINES TU ESTADO DE SALUD

☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy malo

25.- N° DE BAJAS LABORALES DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (excluyendo las bajas por embarazo/maternidad)

☐ Ninguna		
☐ 1	N° de días de baja _____	Causa: _____
☐ 2	N° de días de baja _____	Causas: _____
☐ 3 o más	N° de días de baja _____	Causas: _____

Continuar a la vuelta de la página

26.- LA SITUACIÓN DE CRISIS ECONÓMICA ACTUAL POR LA QUE ATRAVESAMOS ¿LE HA HECHO VALORAR MÁS SU TRABAJO, AUMENTANDO SU MOTIVACIÓN HACIA EL MISMO?

☐ Si ☐ No

27.- ¿EL DESARROLLO DE SU TRABAJO DIARIO LE ORIGINA ESTRÉS?:

☐ Nada ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Mucho

28.- ¿QUÉ INFLUENCIA CONSIDERA QUE TIENE **EL ESTRÉS LABORAL** EN SU ESTADO DE SALUD?

☐ Ninguna/nada ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha

29.- EXAMINE LA LISTA SIGUIENTE E INDIQUE EN LA CASILLA QUE CORRESPONDA CON UNA X LA FRECUENCIA CON QUE LE HA OCURRIDO CADA UNA DE ESTAS MOLESTIAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Con relativa frecuencia	Con mucha frecuencia
1- Dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche (o tras el turno nocturno)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
2- Jaquecas y dolores de cabeza	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
3- Indigestiones o molestias gastrointestinales	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
4- Sensación de cansancio extremo o agotamiento	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
5- Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual (subraye la situación que se modifica de las descritas)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
6- Disminución del interés sexual	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
7- Respiración entrecortada o sensación de ahogo	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
8- Disminución del apetito	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
9- Temblores musculares (ej. Tics nerviosos, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
10- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
11- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
12- Tendencia a sudar o palpitaciones	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐

MEDICION DE BURNOUT
MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

A continuación se muestran una serie de enunciados de situaciones que se pueden dar en su trabajo y de sus sentimientos en él. Responda sinceramente marcando con una X la respuesta que mejor refleje su situación y actitud ante el trabajo. **No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa su propio sentimiento o experiencia.**

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso accesibles a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de nuestro trabajo a fin de analizar y realizar propuestas de mejora que aumenten la satisfacción.

La respuesta seleccionada definirá la frecuencia en la que se le presenta la situación o actitud descrita de acuerdo con los siguientes criterios:

0	**Nunca**
1	**Casi nunca** = pocas veces al año
2	**Algunas veces** = Una vez al mes o menos
3	**Bastantes veces** = Unas pocas veces al mes
4	**Muchas veces** = Una vez a la semana
5	**Casi siempre** = varias veces a la semana
6	**Siempre** = Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotada/o por mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Me siento cansada/o al final de la jornada de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me siento cansada/o cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Creo que trato a los pacientes como si fuesen objetos impersonales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo que me produce tensión.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Trato eficazmente los problemas de las personas que tengo que atender.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Me siento "quemada/o" por mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Creo que estoy influyendo positivamente, con mi trabajo, en la vida de los demás.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Me he vuelto más insensible y duro con la gente desde que hago este trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, vuelva la hoja y continúe

	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Me siento muy activa/o y con vitalidad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me siento frustrada/o en mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Creo que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. No me preocupa lo que le ocurra a los pacientes a los que tengo que atender profesionalmente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Trabajar directamente con los pacientes me produce estrés.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con los pacientes y un clima agradable.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Me siento estimulada/o después de trabajar con mis pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Me siento acabada o al límite de mis posibilidades en mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales de forma adecuada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

RECUERDA:

0	**Nunca**
1	**Casi nunca** = pocas veces al año
2	**Algunas veces** = Una vez al mes o menos
3	**Bastantes veces** = Unas pocas veces al mes
4	**Muchas veces** = Una vez a la semana
5	**Casi siempre** = varias veces a la semana
6	**Siempre** = Todos los días

RECUERDA:
Es muy importante para garantizar la validez de tus respuestas que se conteste a todas las preguntas del cuestionario, a fin de poder llegar a unas conclusiones más sólidas.

ESTRESORES LABORALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

En las situaciones que generan tensión (estresores) habituales de nuestro trabajo que a continuación se definen marca con una X la casilla que se corresponda al grado de tensión que te provocan en tu actividad profesional (La 1ª casilla corresponde a "NINGUNA TENSIÓN"; LA 2ª a "LEVE TENSIÓN"; La 3ª a "MODERADA TENSIÓN" y la 4ª a "MUCHA TENSIÓN").

	ESTRESORES	Grado de Tensión			
		Ninguna	Leve	Moderada	Mucha
1	Falta de tiempo para hacer las cosas				
2	Sobrecarga de trabajo				
3	Tener que realizar tareas que no son de mi competencia				
4	Afrontar situaciones nuevas				
5	Pocas perspectivas de ascenso/promoción				
6	La muerte de los pacientes.				
7	Ver morir a un paciente "especial"				
8	Escasez de personal				
9	Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruido, poco espacio, mala iluminación, temperatura inadecuada, etc.)				
10	Falta de apoyo de los superiores				
11	Escasez de recursos esenciales				
12	Que personal incompetente se interfiera en mi trabajo				
13	Pacientes difíciles (con enfermedad complicada)				
14	Los pacientes graves				
15	Los pacientes que no cooperan				
16	Tratar con los familiares del paciente				
17	Apoyar y consolar a la familia cuando muere el paciente o ante una enfermedad terminal				
18	Insatisfacción laboral				
19	Excesivo compromiso emocional con mi trabajo				
20	Llevarme los problemas del trabajo a casa (no desconectar)				
21	Que tareas de poca importancia interfieran en mi trabajo				
22	Que me requieran en varios sitios a la vez				
23	Trabajar sin una planificación lógica y coherente				
24	Que las decisiones y cambios que afectan en mi trabajo se tomen sin contar con mi participación				
25	Recibir poco sueldo, no acorde con las responsabilidades de mi trabajo				
26	Tratar con personas agresivas				
27	El manejo del ordenador y programas informáticos				
28	Los pacientes "histéricos"				
29	Que mi trabajo sea el mismo todos los días (rutinario) y ofrezca pocas oportunidades de aprender cosas nuevas				
30	Dificultad de percibir lo que los pacientes necesitan				
31	Los pacientes crónicos				
32	Falta de educación continuada al personal. Se ofrecen pocas posibilidades de formación.				
33	No tener a quien recurrir cuando tengo un problema (no localizar a médico o compañeros del equipo)				
34	Los pacientes desobedientes (que no cumplen el tratamiento, etc.)				
35	Los pacientes exigentes				
36	Que surjan complicaciones en el tratamiento				
37	Que fracase el tratamiento				
38	Las consecuencias de mis errores para el enfermo				
39	El trabajo que realizo es físicamente agotador				
40	Tener que tomar decisiones drásticas en casos urgentes				
41	Carecer de autonomía y libertad para realizar mi trabajo				
42	No poder resolver los problemas que se me plantean				

Por favor, vuelva la hoja y continúe

	ESTRESORES	Grado de Tensión			
		Ninguna	Leve	Moderada	Mucha
43	Los errores de otros compañeros del equipo que afecten a mis pacientes				
44	No ver los frutos de mi trabajo				
45	Tener que realizar muchas y variadas tareas				
46	Las quejas de los pacientes (sobre el trato o servicio que reciben)				
47	Los pacientes que cuestionan mi preparación, competencia o profesionalidad				
48	Tener que aparentar seguridad ante los pacientes cuando no la tengo				
49	Ir con retraso respecto al horario o plan de trabajo previsto				
50	La excesiva responsabilidad de mi trabajo				
51	Que me hagan perder el tiempo				
52	Tener que dar una mala noticia				
53	Que me amenacen con denunciarme				
54	Que solo me digan lo que hago mal				
55	Tomarme demasiado en serio mi trabajo				
56	Asistir a un caso urgente				
57	Los conflictos con los superiores				
58	Tener que aplicar tratamientos que resultan dolorosos a los pacientes				
59	Que no se valore ni se reconozca mi esfuerzo por hacer bien mi trabajo				
60	Exceso de papeleo y tareas burocráticas				
61	Los familiares de los pacientes exigentes y molestos				
62	Que no estén claramente establecidas cuales son mis obligaciones y competencias (funciones)				
63	Estar en un puesto de trabajo que no equivale a mi capacidad y preparación				
64	Tener un superior incompetente				
65	No poder dedicar más tiempo a aquellos pacientes que lo necesitan				
66	Ver sufrir a los pacientes				
67	Mi turno de trabajo				
A continuación define otros ESTRESORES que no se hayan descrito en el presente listado y que te estén originando algún grado de tensión e insatisfacción en el trabajo que desarrollas					

Cuestionario para la evaluación de aspectos psicosociales en la realización y organización del trabajo de los profesionales enfermería de atención especializada (hospitalaria)

A continuación se realizan una serie de preguntas a las que debes responder marcando con una X la respuesta que mejor refleje la realidad de tu situación ante el trabajo que desarrollas

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. ¿Tienen sentido las tareas que realizas en tu trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
2. ¿Las tareas/actividades que haces te parecen importantes?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
3. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
4. ¿Sabes exactamente que margen de autonomía tienes en tu trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
5. ¿Tu trabajo tiene objetivos claros?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
6. ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
7. ¿Sabes exactamente que se espera de ti en el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
8. ¿Te gustaría trabajar toda tu vida laboral en el centro actual?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
9. ¿Hablas con entusiasmo de tu Centro a otras personas?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
10. ¿Sientes que los problemas de tu Centro son también tuyos?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
11. ¿Sientes que tu Centro tiene una gran importancia para ti?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
12. ¿Respetas y apoyas la misión, objetivos y valores del Centro en el que trabajas?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
13. ¿Hablas con tus compañeras/os sobre como realizas tu trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
14. ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras/os?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
15. ¿Tus compañeras/os están dispuestos a escuchar tus problemas en el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
16. ¿Hablas con tu supervisor/a sobre como realizas tu trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
17. ¿Recibes ayuda y apoyo de tu supervisor/a?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
18. ¿Tu supervisor/a escucha tus problemas en el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
19. ¿Tu trabajo te permite conciliar la vida familiar y laboral?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
20. Cuándo estás en el trabajo ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
21. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en casa cuando estás en el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
22. Tus jefes/as ¿se aseguran de que todos los profesionales tienen iguales oportunidades de desarrollo profesional?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
23. La supervisión ¿da una gran prioridad a que los profesionales del equipo de enfermería estén a gusto en el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
24. La supervisión ¿planifica bien el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
25. La supervisión ¿asigna bien el trabajo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
26. La supervisión o mando inmediato ¿resuelve bien los conflictos, de forma dialogante y motivadora?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
27. La supervisión ¿se comunica bien con los profesionales del equipo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐

Por favor, vuelva la hoja y continúe

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
28. ¿Tienes buenas relaciones y buen ambiente de trabajo con tus compañeros/as?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
29. ¿Os ayudáis en el trabajo entre compañeros/as?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
30. En tu unidad de trabajo ¿sientes que se trabaje en equipo?	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
31. Mi Centro y mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
32. Mis compañeros de trabajo me dan el reconocimiento que merezco.	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
33. En las situaciones difíciles del trabajo recibo el apoyo necesario.	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
34. En mi trabajo me tratan justamente	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐

Por último, en relación con tu trabajo actual, **estás satisfecha/o con**:

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Las condiciones ambientales de la unidad de trabajo	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
2. Tus perspectivas laborales en la unidad y en el Centro	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
3. El grado en que se emplean y reconocen tus capacidades	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
4. Las relaciones entre los compañeros y el ambiente de trabajo existente en tu unidad	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
5. Las relaciones profesionales con tus superiores directos	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
6. La calidad del servicio que, en tu opinión, se da a los pacientes en tu unidad de trabajo	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐
7. El trabajo que desarrollas, teniendo todo en consideración	4☐	3☐	2☐	1☐	0☐

Has terminado de contestar el cuestionario. Si consideras necesario aportar e incluir alguna opinión, observación o comentario puedes hacerlo en el recuadro

¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y VALIOSÍSIMA COLABORACIÓN!

Anexo 6:
Listado de respuestas a cuestiones abiertas opcionales

RESPUESTAS/COMENTARIOS A CUESTIONES ABIERTAS OPCIONALES (Cuestionario de Estresores (ELPE) y Observaciones finales

Número Cuestión.	Centro	Unidad Categ.	Ítem ELPE 68 (otros estresores) Tensión: Leve(1); moderada (2); mucha (3)	Observaciones (final cuestionario)
1	P2	UCI Enf.	• Pasotismo de los superiores ante situaciones de riesgo de los pacientes.(3) • Falta de puntualidad de los compañeros en el relevo.(2)	
7	P2	UCI Enf.		Dar horas en la jornada laboral para hacer cursos
12	P2	UCI Enf.	• Las relaciones con los compañeros y el ambiente de trabajo.(2)	
19	P2	UCI Aux.E.	• Que cambien las cosas de sitio.(2)	
21	P2	UCI Aux.E.	• Diferencias entre personal estatutario y laborales con el mismo trabajo pero diferente sueldo, más días libres.(3)	
30	P2	Oftal/Oto Enf.	• No disponer de aparcamiento suficiente.(2) • Tantos días extraordinarios que suponen sobrecarga para el resto de la plantilla.(3) • El elevado número de visitas.(2)	No se tienen en cuenta problemas de climatización (mucho frío/mucho calor). Valoración de la limpieza de las unidades como propuesta de mejora de ambiente laboral.
33	P2	Oftal/Oto Enf.		El lugar de trabajo influye positiva o negativamente en todos los aspectos bio-psico-sociales de los trabajadores.
38	P2	Oftal/Oto Aux. E.	• Poca comunicación entre compañeros.(2)	
40	P2	Pediatría Enf.		Nuestra disponibilidad laboral no está suficientem. valorada ni asistencial ni económicamente.
41	P2	Pediatría Enf.	• Mal ambiente laboral por roces en el equipo.(2)	
42	P2	Pediatría Enf.	• Que nos manden a una planta distinta a la nuestra y te exijan ser una más sin conocer la planta.(3) • Que la formación cuente como tiempo trabajado.(3)	Creo que es importante empezar a reconocer especialidades para aumentar la calidad del trabajo y la eficiencia.
50	P2	Pediatría Enf.	• Desacuerdo entre compañeras o falta de definir bien las funciones de cada una.(2)	
54	P2	Pediatría Aux. E.	• El trabajo con alguna compañera que siempre está detrás de ti, hacer lo que dice ella, revisar tu trabajo.(3)	

56	P2	Pediatría Aux. E.	• Acoso psicológico por parte de compañera superior a ti.(3)	Antes trabajábamos el mismo nº de enfermeras y auxiliares coincidiendo siempre con las mismas compañeras. Cuando había una emergencia ya sabías lo que la compañera necesitaba. Ahora cada una va a lo suyo "tú eres la auxiliar" no tienes ni voz ni voto.
60	P2	Toco-Gin Enf.	• La cantidad de visitas y ruidos.(3) • Que seamos una plantilla muy justa en número y seamos nosotras mismas las que tengamos que hacer el turno cuando falta alguien.(3)	
66	P2	Toco-Gin Eux. E	• Tener que pedir a los familiares que salgan de las habitaciones para poder realizar nuestro trabajo.(3)	Las enfermeras tratan a los T.C.A.E. como si fuéramos sus criadas y estuviéramos trabajando para ellas. Sólo te consideran compañera cuando surge algo grave y les sacas las castañas del fuego.
68	P2	Cirugía Enf.	• La dificultad para cambiar actitudes entre los compañeros y superiores ante propuestas de mejora.(2) • La desorganización en el trabajo y sentir que no se puede cambiar por falta de empeño e interés de los superiores.(3) • El lastre que arrastra nuestra profesión de servidumbre al personal médico.(3)	Al tener gran carga de trabajo dificulta la comunicación entre los compañeros por lo que estás deseando irte a tu casa y las quejas se quedan en el aire. ¡Vale ya de quejarse y criticar en los pasillos y en los cafés!
82	P2	Med.Int Enf.	• Mala repartición de recursos y trabajo en forma de peonadas.(2)	Desacuerdo con el programa de peonadas. Si disminuyera la carga de trabajo y aumentara el tiempo a los pacientes mejoraría el trabajo enfermero.
83	P2	Med.Int Enf.	• Presión desde otros servicios para que atienda a la vez y tenga que correr para poder atender lo que ellos quieren.(3) • Falta de personal manifiesta en servicios de atención total.(2)	
87	P2	Med.Int Enf.	• Relaciones compañeros de trabajo.(2)	
88	P2	Med.Int Enf.	• Contratos eventuales sin estabilidad ni vacaciones.(3)	
89	P2	Med.Int Aux.E		Tenían que valorar el trabajo que hay por unidades, no por camas.
90	P2	Med.Int Aux. E		La relación entre el personal DUE y el TCAE es nula con respecto al paciente encamado.
96	P2	Paliativ Enf.	• Mayor responsabilidad por parte de otras compañeras.(2)	

103	P2	Paliativ Aux. E	• Malas relaciones con los compañeros.(3) • Cubrir incidencias a costa de nuestros descansos.(3)	
104	P2	Paliativ Aux. E		Supervisión de sala parece que no quiere que estemos a gusto en nuestro puesto.
106	P2	Otros Enf.	• Los compañeros.(2)	
108	P2	Otros Enf.	• Problemas entre compañeros.(2)	
117	P2	Med. Int Enf.	• Estoy en un puesto nuevo.(3)	
120	P2	Med. Int Enf.		Tras 17 años como eventual, tras aprobar una oposición aterrizo en un servicio con una alta carga asistencial y además se trata a los abuelos de más de 75 años acompañados de familiares que generan gran demanda existencial.
126	P2	Med. Int Aux. E	• La unidad del paciente es insuficiente.(3) • Los pasillos y la organización de la planta no es adecuada.(3)	
128	P2	Med. Int Aux. E		La única pega de mi planta es la falta de recursos y personal sanitario.
131	P2	Psiquia. Enf.	• Compañeros cuyas demandas no se ajustan a lo profesional.(2)	
141	P2	Psiquia. Aux. E	• Ver como se trata a una persona relevante o conocida con respecto a otra anónima en un ingreso.(3) • Profesionales de rango superior opina sobre las tareas de uno inferior.(3)	
144	P2	Psiquia. Aux. E	• Compañeras que cuestionan mi trabajo y mis tareas.(3)	
145	P2	Psiquia. Aux. E	• Quitar descansos para cubrir turnos.(3) • Abusos de autoridad.(3) • Circulares internas que contradicen las funciones según el estatuto.(3)	El estrés lo producen las supervisoras y la dirección de enfermería por sus abusos de autoridad y la falta de respeto.
150	P2	Psiquia. Enf.	• Relaciones entre compañeros.(3) • La incompetencia de superiores.(3)	
172	P4	Oftal/Oto Enf.	• Introducción de nuevos productos y no se da formación.(2)	
174	P4	Oftal/Oto Enf.	• Mal trato recibido por otros del equipo de salud.(3)	
176	P4	Oftal/Oto Aux. E	• Familiares de pacientes. (3) • Falta de personal.(3)	
177	P4	Oftal/Oto Aux. E	• Relación entre compañeros.(3)	
178	P4	Otros Enf	• No llegar a objetivos marcados.(3)	
185	P4	Otros Aux. E	• Eluden la organización si lo tienen las personas que trabajan.(2)	
191	P4	Pediatría Enf.	• Mal ambiente entre compañeras del turno.(2)	
193	P4	Pediatría Enf.	• Turno de trabajo irregular y comunicado con poco tiempo de antelación.(3)	

195	P4	Pediatría Aux. E		Mientras respondo este cuestionario cuatro veces me ha interrumpido la supervisora invitándome a realizar otras cosas más importantes, y no esta tontería de encuesta.
200	P4	Med. Int Enf.	• Los pacientes son vistos por residentes poco preparados.(3) • Tener que hacer cosas por obligación que no sirven para dar más calidad.(3)	
207	P4	Otros Enf.	• Máquinas nuevas que aún no dominas.(3)	
227	P4	Otros Aux. Enf	• Relación con algunas compañeras.(2)	
231	P4	Cirugía Enf.	• Que los facultativos me traten como inferior.(3)	
248	P4	Cardiolog Enf.	• Sensación de no atender bien a mi familia por mi cansancio.(3)	
250	P4	Cardiolog Enf.	• Trabajar con pocos recursos humanos.(3) • Que estos recursos humanos no conozcan el funcionamiento que requiere el servicio.(3)	¿Qué hacer con el personal que no sabe hacer su trabajo? Con problemas psíquicos no trabajar con pacientes.
252	P4	Cardiolog Enf.	• No tener el turno de mañana en propiedad.(3)	
262	P4	Otros Enf.	• Que los superiores no escuchen tus necesidades.(3) • Mala relación con algún compañero.(3)	
263	P4	Otros Aux. E	• Método de libranza que es aleatorio a conveniencia de mis supervisoras.(3)	
265	P4	Otros Aux. E		En esta sanidad el enfermo es lo de menos. ”***Estoy quemada***”
266	P4	Toco-gin Enf.	• Falta de personal y de tiempo.(2)	
271	P4	Toco-gin Aux. E	• Que mi trabajo no se valore ni económicamente ni socialmente.(3)	
284	P4	Cirugía Enf.	• El exceso de trabajo.(3)	Se debería apoyar más al personal en su formación, incentivando con el tiempo de trabajo o recompensa.
285	P4	Cirugía Enf.	• Las peonadas que realizan los médicos con el mismo personal de enfermería en planta.(3)	
286	P4	Cirugía Enf.	• Las peonadas médicas en planta con el mismo personal de enfermería y su remuneración.(3)	
287	P4	Otros Enf.	• Decidir si titular con CPAP o no.(2). • Si ponen oxígeno Con SAT muy baja.(2)	En esta unidad lo peor es la soledad que estás de noche que no venga una supervisora a verte.
289	P4	Otros Enf.	• Demasiados a cargos a nuestro deber.(2)	La estrella de esta profesión es el paciente, sin él no tendríamos razón de ser ninguno. No lo olvidemos compañeros.
292	P4	Otros Enf	• Imposición del puesto de trabajo sin contar conmigo.(3) • Cambio de mi anterior puesto de trabajo al actuar para favorecer a otra persona de forma injustificada.(3)	

295	P4	Otros Aux. E	• Falta de competencia e irresponsabilidad de compañeros.(3)	Me estresa mucho el afán que tiene la gente de engordar el *curriculum*.
297	P4	Pediatría Enf.	• Constante cambio de servicio y turno de trabajo.(3) • Escasa estabilidad laboral.(3) • No lograr descifrar la caligrafía en tratamientos, órdenes y evolutivos.(3)	La temporalidad de mi empleo muchas veces me genera estrés y reacción negativa hacia el trabajo. Tensión por no saber cuándo voy a ser llamada para trabajar.
300	P4	Otros Aux. E.		Cada vez es más difícil trabajar en salud.
311	P6	Med. Int. Enf.	• Control de enfermería de vista al público que interfiere. (3) • Desorden u orden sin sentido que te hace dar muchas vueltas (2) • La falta de respeto e información a pacientes y familiares (3)	Estado de enfermedad situación estresante para paciente y familia que requiere trato humano y coordinado por parte de todos y entorno adecuado.
313	P6	Med. Int. Enf.	• Falta de trabajo en equipo (2) • Trabajo nocturno (3) • Objetivos de trabajo pactados por superiores, sin preguntar al equipo (2) • Ausencia de reconocimiento de méritos	Ánimo con el trabajo.. Ayúdanos a descubrir los estresores que amenazan nuestra salud física y mental.
314	P6	Med. Int. Enf.		Habitaciones con tres pacientes por cama
315	P6	Med. Int. Enf.		Problemas familiares me bloquean en mi trabajo
318	P6	Med. Int. Enf.	• Distracciones interrupciones por parte de pacientes o familiares cuando saco los fármacos (2) • Papeleo y tareas de trabajo informático (registro rutinario sin que se confirme su realización) otras actividades se realizan y no se registran (3)	
331	P6	Med. Int. Aux. E.	• Déficit estructural. Muchos pacientes en poco espacio. Dotación y mobiliario viejo y arcaico (2)	
333	P6	Med. Int. Aux. E.	• Problemas con los familiares (3) • Problemas con el entorno (2)	
337	P6	Med. Int. Aux. E.		Poca autoestima
344	P6	Cardiolog Enf.	• Poco poder de decisión en comparación con otros profesionales que desconocen la marcha de la unidad (traslados, horarios, ingresos) 2	Supervisión es una pieza fundamental pero se nos exige tanta actividad burocrática que impide el cuidado al paciente
360	P6	Pediatría Enf.	• Discusiones compañeros (3) • Discusiones superiores (3) • Falta de apoyo superiores (3)	
367	P6	Pediatría Aux. E	• Cambio de unidad cuando tengo menos pacientes (2)	
369	P6	Pediatría Aux. E	• Contar poco con las auxiliares (3) • Poca valoración por la enfermera/o (3)	
374	P6	Pediatría Aux. E	• No trabajo en equipo (3) • Falta de respeto de compañeros (3)	
379	P6	Toco-Gin Enf.	• No se cuenta el trabajo real al no considerarse como pacientes a los recién nacidos (2)	
382	P6	Toco-Gin Enf.	• Prepotencia de algunos médicos (3) • Exceso de visitas (3)	
384	P6	Toco-Gin Enf.	• No se puede dedicar el tiempo que se requiere con los pacientes (3)	

392	P6	Cirugía Enf.	• Sobrecarga con actividades del turno anterior (3) • Pase de visita a cualquier hora y sin planificar (3) • Burocracia para el pase de información al acabar el turno (3)	Otra fuente de estrés es la presencia de alumnos de prácticas, sin reconocimiento ni incentivo
398	P6	Cirugía Aux. E		Me gusta mi profesión. Cuidar es lo más bonito del mundo aunque no esté de moda.
408	P6	UCI Enf.	• Falta de consenso en el trabajo entre los compañeros (2) • Falta de autoridad de la supervisión (2)	
420	P6	Psiquiat Enf.		Carga de trabajo excesiva imposible de abarcar Incompatibilidad con la vida familiar/laboral Deshumanización en el trabajo Nulo reconocimiento de la valía profesional
429	P6	Otros Aux. E.		La gran rotación por los distintos servicios que me impide conocer a los pacientes
436	P1	Paliativos Aux. E.	• No descansar entre turnos (2) • No reconocimiento de la actividad que se hace (3) • No organización del trabajo (3)	Respetar el descanso de los trabajadores cubriendo incidencias Reconocimiento del esfuerzo y dedicación
439	P1	Geriatría Enf.	• Que me obliguen a suplir a compañeras de otras unidades/consultas (3) • Que me cambien de servicio (3)	Error habitual para desmotivación que solo te adviertan de los errores y no te feliciten por la actividad bien realizada.
440	P1	Geriatría Enf.	• Que no nos den los días festivos cuando los necesitamos. (3) • Que no nos faciliten tiempo de trabajo para realizar la formación que se oferte	
441	P1	Geriatría Enf.	• La dirección de Enfermería (3)	
442	P1	Geriatría Enf.	• Que no nos den los LD cuando los necesitamos (3)	
445	P1	Geriatría Aux. E.	• No tener claras las funciones de las auxiliares (3) • Que nada más hacer la cama y aseo del paciente te revuelvan todo con curas o exploraciones (3)	Se necesita más personal auxiliar.(mañanas t tardes)
449	P1	Psiquiatr Aux. E.		Imprescindible el trabajo en equipo Fomentar la buena armonía entre compañeros para un mejor rendimiento
450	P1	Psiquiatr Aux. E.	• No hacer bien las cosas (3) • Falta de medios para hacer bien el trabajo (3) • No valoración del trabajo que haces (3)	A pesar de las dificultades de este servicio mi trabajo me gusta mucho.
451	P1	Psiquiatr Aux. E.	• Falta de apoyo de los superiores ante problemas con pacientes o familiares (3)	
454	P1	Psiquiatr Enf.	• Riesgo para la integridad física en pacientes agresivos (3)	

455	P1	Psiquiatr Enf.	• Estancia larga de los pacientes con escasos resultados (3)	
460	P1	Med. Int. Enf.	• Desconfianza del superior sobre tu trabajo (3) • No dejar tener criterios independientes y responsables (3) • Seguir mandando más trabajo con sobrecarga sin afectarles a ellos (3)	Los superiores no valoran el trabajo que se realiza sino cubrir sus objetivos y requisitos de cubrir la burocracia y el manejo de las nuevas tecnologías por encima del trabajo directo con los pacientes
462	P1	Med. Int. Enf.	• Tener que alargar la jornada laboral (3) • Realizar actividades docentes en mi tiempo personal (3)	Lo que más me quema es la falta de reconocimiento Falta de personal
463	P1	Med. Int. Enf.	• El llamado turno antiestrés pues se conoce poco a los pacientes (3) • No poder disfrutar de los LD cuando quieres (3)	Incumplimiento de las normas internas del servicio (solicitud de vacaciones, etc.)
466	P1	Med. Int. Enf.		Bastante estresante tener cada día más presión en el trabajo mayor responsabilidad, con menores recursos humanos y nula consideración y reconocimiento
478	P1	Med. Int. Aux. E.	• Falta de medios para realizar las tareas (ropa de cama, toallas) (3)	Falta de medios, personal y tiempo para dedicar a cada paciente me influye emocionalmente y me repercute en mis actividades
479	P1	Med. Int. Aux. E.	• Denegación de LD siempre (3) • Falta de trabajo en equipo. Debemos realizar tareas sin ser de nuestra competencia (3) • Falta de compromiso con el personal por los superiores (3) • Personal insuficiente (3)	Valoro mucho el trabajo en el que estoy aunque no se nos reconoce por parte de mis superiores. Trabajamos por nuestros enfermos con tesón y humanidad a pesar de estar quemados.
480	P1	Med. Int. Aux. E.	• Atender los timbres en tiempo de descanso (3)	
481	P1	Med. Int. Aux. E.	• Falta de ayuda para situaciones de estrés (3)	
488	P1	Urología Enf.	• Poca movilidad de Servicio y turno (3) • Poca interrelación con superiores (3) • Poca flexibilidad para disfrutar LD (3)	
493	P1	Urología Enf.	• El ordenador (3)	
494	P1	Traumat Enf.	• Programa Gacela (3)	
498	P1	Traumat Aux. E.	• Pacientes mal atendidos por deficitario mobiliario (3) • Mas tarea burocrática (ordenador) que atención directa al paciente (3) • Falta de personal	
505	P1	Otro Enf.	• Cambio de servicio en un mismo turno (3) • No tener tiempo para realizar el trabajo durante el turno (3) • Dejar tareas pendientes por falta de tiempo (2)	

511	P1	UCI Enf.		Motivaría: Hacer menos número de noches al mes Realizar la formación en horario laboral
518	P1	UCI Aux. E	• Mal ambiente entre el equipo por culpa de los superiores. (3)	Superiores no son aptos les falta imparcialidad y objetividad y no saben gestionar el trabajo, repercutiendo en la motivación y generando tensión y estrés al equipo.
521	P1	Cirugía Aux. E.	• La dirección y supervisión no escucha a los trabajadores (3) • Falta de mensajes asertivos por los directivos tratando mal al personal (3)	Jefes más motivadores y menos déspotas
522	P1	Cirugía Aux. E.	• Falta de apoyo de los superiores (3) • Que personal incompetente interfiera en el trabajo (3)	
523	P1	Cirugía Aux. E.	• Formación a costa del tiempo libre (3)	
534	P1	Pediatría Enf.	• De volante los cambios de servicio (3)	
537	P1	Pediatría Aux. E.	• Niños en ambos servicios y coincidencia de horarios (2) • No informar a las auxiliares de los cambios tras la visita médica (3)	
539	P1	Otro Enf.	• Inestabilidad laboral sin saber la duración de los contratos (3) • No conocer con antelación el turno de trabajo (3) • Trabajar cada día en un servicio diferente o en varios servicios el mismo día (3)	
541	P1	Otro Enf.	• No saber el servicio de trabajo y si estaré capacitada en los servicios especiales (UCI, etc.) (3)	
543	P8	Med.Int. Enf.	• Que me cambien la programación de trabajo (3)	
544	P8	Med.Int. Enf.	• Materiales de mala calidad (mala gestión de recursos) 3 • Falta de personal y sobrecarga de trabajo (3) • Familias exigentes con trabajos no propios (3)	
549	P8	Med.Int. Enf.		Necesidad de más cuestiones abiertas para valorar el burnout
555	P8	Toco-Gin Enf.	• Trabajo nocturno y festivo (3) • Bajada de sueldo ya ridículo (3)	
558	P8	Toco-Gin Enf.	• Recibir poco sueldo no acorde a las responsabilidades (3)	
561	P8	Toco-Gin Aux. E.	• Falta de personal (3)	
575	P8	Pediatría Enf.	• Falta de personal auxiliar (3) • Falta recursos materiales (3) • Decisiones dictatoriales de la dirección (3)	
578	P8	Pediatría Enf.	• Conflictos con los compañeros (2)	

579	P8	Pediatría Enf.	• Modo en que se reparten las tareas y como realizarlas cuando no estoy de acuerdo ni se cuenta con mi opinión (3)	He pedido traslado a otro centro porque siento que estoy desaprovechada profesionalmente
587	P8	UCI Enf.	• Desidia en el equipo de trabajo (2)	
594	P8	Cirugía Enf.	• Incompetencia de la dirección (3) • Manipulación dirección (3) • No considerar los méritos y experiencia para adjudicar puestos (3)	Supervisión clasista con favoritismos
595	P8	Cirugía Enf.	• Sistema caduco, desfasado y para incompetentes (3)	Sueldo digno
596	P8	Cirugía Enf.	• Que los médicos no prescriban bien los tratamientos (2)	
597	P8	Cirugía Enf.	• Interrupciones de pase médico que retrasan toda la programación (3) • No dejar reflejadas por escrito las actividades desarrolladas por falta de tiempo (3)	
598	P8	Cirugía Enf.	• Continuas llamadas de timbres aunque sepan que iras cuando puedas (3) • Volumen de ingresos (3) • Atención a teléfono constantemente (3)	Difícil desconectar Falta de comprensión y respeto por pacientes y familiares Falta de personal Turnos que alteran los ritmos y pocos descansos Realización de acciones que no son de mi competencia(apagafuegos)
599	P8	Cirugía Enf.		No satisfecha con el trabajo por falta de tiempo para conseguir hacerlo con calidad
603	P8	Cirugía Aux. E.	• Falta de materiales (3) • Falta de organización (3) • Falta de personal (3)	
611	P3	Pediatría Enf.	• Mala relación entre compañeros (3)	Excesiva carga con trabajo burocrático y para gestiones con otros servicios
616	P3	Pediatría Enf.	• Trabajo nocturno (3)	
620	P3	Pediatría Enf.	• Poca unidad del equipo (3) • Poco margen para la toma de decisiones (3)	
621	P3	Pediatría Enf.	• Tratar con los familiares de los niños cuando están angustiados (3)	
623	P3	Pediatría Enf.	• Falta de coordinación interdisciplinar (2)	Falta de motivación y de coordinación por parte de los superiores
624	P3	Pediatría Aux. E.		Malas condiciones de trabajo estructurales
639	P3	Cirugía Enf.	• No facilitar la formación (3) • Salario del turno nocturno (3) • Escasez de materiales básicos (2)	
641	P3	Cirugía Enf.	• Pérdidas de tiempo para buscar material necesario (3)	
644	P3	Cirugía Enf.	• Que se mande cada día gente nueva a suplir incidencias (3) • Que no se refuerce cuando es necesario (3)	Diferencia de trato por los superiores dependiendo de la situación laboral Seguir tras 5 años en plantilla volante

654	P3	Toco-gin Enf.	• Cambios frecuentes de servicio (3) • Desconocimiento de funcionamiento de un servicio nuevo (3) • Procedimientos/técnicas nuevos sin adiestramiento previo (3)	
658	P3	Toco-gin Enf.	• Conflictos con los compañeros (3)	
681	P3	Med. Int. Aux. E.		Contenta con el trabajo; me gusta mucho. Trabajar bien con los pacientes merece la pena
684	P3	Med. Int. Aux. E.	• Falta de personal (3)	Se debe adecuar los recursos humanos a las necesidades de los pacientes
687	P3	Psiquiatr Enf.	• Las tareas de poca relevancia que restan tiempo para lo importante (3) • Tener que repartir el tabaco a los pacientes de la unidad (2)	
715	P5	Med. Int. Enf.	• Inestabilidad laboral (3) • Dificultades para optar a plaza fija o contrato de larga duración (3)	
716	P5	Med. Int. Enf.	• Que todo el mundo opine sobre lo que hago (3) • Que me metan prisas (3) • Estancamiento y no sentirme preparada para nuevas situaciones de urgencia o cambio de unidad (3)	
719	P5	Med. Int. Enf.	• Insuficiencia personal (3) • No cobertura de incidencias afectando a los descansos del equipo (2) • Trámites burocráticos innecesarios (2)	
723	P5	Med. Int. Aux. E	• Recibir poco sueldo (3) • Rotar por todos los turnos (3)	
741	P5	Cirugía Aux. E.	• Poco compañerismo (2) • Grupitos instituidos (2) • Injusticias en asignación de festivos (3)	Se debe escuchar más a la gente para la distribución de tareas y festivos. Injusticia en turno fijo de noches
752	P5	Geriatría Enf.	• Críticas de la dirección a pesar de seguir sus mandatos (3) • Poco interés de la dirección por sus trabajadores (3) • Trato de favor a personal recomendado (3)	La dirección cuestiona la profesionalidad por intentar crear buen ambiente con pacientes y compañeros. Se centra solo en la consecución de objetivos y aumentar la burocracia quitando tiempo al trato con los pacientes.
756	P5	Geriatría Aux. E.	• Tener compañeros incompetentes (3)	
772	P5	Med. Int. Aux. E.	• Trabajo gratificante excepto por la falta de comunicación entre algunos compañeros del equipo	
774	P5	Cirugía Enf.	• Conciliación familiar con horario de trabajo (3) • Menor sueldo que compañeros por hacer el mismo trabajo (3)	Desmotiva las diferencias de contratos, el amiguismo, la movilidad interna a capricho, la poca valoración tras responder óptimamente en los servicios y la no conciliación de la vida familiar con la laboral

775	P5	Cirugía Enf.	• Salidas de la unidad a cubrir incidencias (3) • Cubrir otras unidades en periodos vacacionales por cierre de unidad (3) • Noches seguidas (3)	
776	P5	Cirugía Enf.	• Salidas a otras unidades a cubrir incidencias (3) • Cubrir otras unidades en periodos vacacionales por cierre de unidad (3)	
777	P5	Cirugía Enf.	• Cubrir otras unidades en periodos vacacionales por cierre de unidad (3) • Existencia de sobrecarga de trabajo algunos días de la semana (3)	
779	P5	Cirugía Enf.	• Falta de compañerismo entre estamentos (3) • Falta de apoyo y responsabilidad de algunos cargos superiores (2)	Desmotiva la falta de trabajo en equipo y de compañerismo para entre todos hacer la vida agradable al paciente
781	P5	Cirugía Aux. E	• Cubrir otras unidades en periodos vacacionales por cierre de unidad (3)	Me gusta mi trabajo y me dedico de corazón a los pacientes, aunque a veces no se reconozca
786	P5	Otro Enf.		Servicio variado y motivador por los variados problemas de salud que se atienden
787	P5	Otro Enf.		Actividad variada al atender tres unidades, evitando rutina.
791	P5	Otro Enf.	• Inestabilidad laboral al no tener plaza fija (3) • Miedo a la pérdida del trabajo (3)	Me gusta el servicio
793	P5	Otro Aux. E.	• Estar en la plantilla volante sin turno definido (3) • Cambios de planilla sin consultar previamente (3)	
795	P7	Otro Enf.	• Relación con los compañeros (3) • Ambiente laboral (3)	
804	P7	Otro Enf.	• Conflictos con los compañeros del equipo (3) • Saturación del servicio (3)	Hay varias personas conflictivas que rompe el espíritu de unidad y la motivación en el trabajo
806	P7	Otro Enf.	• Múltiples órdenes a la vez (3)	
810	P7	Otro Enf.	• Normas de régimen interno obsoletas que impiden trabajar en equipo (3)	
815	P7	Otro Aux. E.	• Que no se valore mi esfuerzo y mi interés por aprender (3) • No caer bien a los compañeros (3) • Que me vean como una carga (3)	
816	P7	Otro Aux. E	• Conflictos entre compañeros por sobrecarga de trabajo (3) • Incompetencia de los superiores por no cubrir procesos de sobrecarga quemando a los profesionales (3)	Tenemos buena supervisora que ayuda ante situaciones de conflicto e intenta favorecer la conciliación con la vida familiar. Motiva y estimula a superarse.

817	P7	Otro Aux. E	• No trabajar en equipo y tener que estar defendiendo continuamente lo que hacemos (3) • Órdenes de mala forma y con amenazas y exigencias (3)	
820	P7	Otro Aux. E	• Falta de compañerismo (3) • No poder disfrutar los LD cuando los solicito (3) • Inseguridad ante la continuidad o no de la contratación (3)	Se debería repartir el turno de tarde para favorecer la conciliación de vida familiar. En nuestro caso no nos queda más remedio que tragar con lo que nos manden
823	P7	Otro Aux. E		Todos podríamos ser más cooperantes ante las necesidades de los compañeros para mejorar la motivación
826	P7	Otro Aux. E	• Que el trabajo mal hecho o sin hacer de otros repercuta en mi actividad	
827	P7	Otro Aux. E	• Trato injusto por los superiores	
829	P7	Otro Aux. E	• Incompetencia de compañeras • Falta de valoración de lo que hago por algunas enfermeras • Falta de respeto en el equipo	Los directores y jefes deberían visitar los servicios para que conozcan la situación de los distintos servicios y la opinión del personal mejorándose así la resolución real de los problemas
830	P7	Med. Int. Enf.		No se tiene en cuenta la formación especializada para el cambio de servicio, lo que repercutiría positivamente en el paciente y en la calidad del trabajo además de n la motivación.
831	P7	Med. Int. Enf.	• Turno nocturno (2) • Bajada de sueldo (3)	Sería motivador el hacer fijo al personal por el interés y méritos laborales y no solo por oposición
837	P7	Med. Int. Aux. E.	• Los contratos de corta duración (3) • Que me pasen por servicios diferentes	
839	P7	Med. Int. Aux. E.	• Falta de espacios habilitados para fumadores (3)	
840	P7	Med. Int. Aux. E.	• Inestabilidad laboral (3) • Continuos cambios de servicio (3) • Falta de espacios para fumar (3)	
841	P7	Med. Int. Aux. E.	• Falta de espacios para fumar (3)	
845	P7	Traumat Enf.	• Falta de respeto y agresiones verbales de pacientes y familiares (3) • Falta de respeto por los médicos (3) • Conflictos entre el personal delante de los pacientes (2)	
846	P7	Traumat Enf.	• Tener que trabajar con aparataje que no funciona (3) • Carencia de material (3)	

860	P7	Psiquiatr Enf.	• No trabajar de manera interdisciplinar coordinada (3) • No existen medidas correctoras tras detectarse deficiencias (3) • No se notifican los efectos adversos de forma establecida (3)	
861	P7	Psiquiatr Enf.	• No conciencia de compañeros para el trabajo en equipo (3) • Roces entre estamentos profesionales (3) • Falta de eficacia de supervisión (3)	
862	P7	Psiquiatr Enf.	• Mala relación con médicos del equipo • Mal funcionamiento sistema hospitalario (3) • Bajada de sueldo (3)	Me siento quemada por la falta de trabajo en equipo sin que mis compañeras y supervisión hagan nada para intentar mejorar
863	P7	Psiquiatr Enf.	• Conflictos inter-equipo (2)	
864	P7	Psiquiatr Enf.	• Pocos recursos institucionales para los problemas mentales (3) • Falta de valoración en urgencias de los pacientes mentales (3)	
865	P7	Psiquiatr Enf.	• Realizar el mismo trabajo que otros compañeros cobrando menos (3) • Errores médicos (3)	
866	P7	Psiquiatr Enf.	• No tener un turno de trabajo estable (3) • Tener que cubrir incidencias a costa de modificar mi programa de trabajo (3)	
872	P7	Psiquiatr Aux. E.	• Falta de comunicación en el equipo (2) • Ver compañeros poco satisfechos (1) • No darse solución a los problemas (2)	
877	P7	Cirugía Enf.	• Compañeros (moscas cojoneras) que se quejan por todo y no colaboran en nada (3)	
879	P7	Paliativos Enf.	• Ineficacia de los superiores para la resolución de conflictos (3) • Manipulaciones de los compañeros (3)	Sería motivador el valorar la experiencia de los profesionales, sin ser atropellados por la enfermería joven que se creen con más preparación.
900	PRV1	Geriatría Enf.	• Mala relación entre compañeros (3) • Tener que solicitar derechos con amenaza de denuncia para que me lo concedan (3)	Me gusta el área de la geriatría aunque a la larga se debería cambiar con otras áreas de atención
902	PRV1	Geriatría Enf.	• Trabajo nocturno (3) • Inestabilidad laboral (3) • Cambio de unidad independientemente de mi formación (3)	
907	PRV1	Geriatría Aux. E	• Relación con algunos compañeros (3)	Me desmotiva el estar sometida a información sindical que crea discusión y no ayuda a trabajar mejor
917	PRV1	Geriatría Aux. E.	• Mala coordinación de superiores (3)	
922	PRV1	Geriatría Aux. E.	• Ataque a compañeros nuevos (2) • Crítica ante errores cometidos (2)	
925	PRV1	Geriatría Aux. E.	• Falta de personal y no cubrirlo (3)	

929	PRV1	Geriatría Aux. E.	• Realizar tareas y responsabilidades que no me corresponden (3) • No respaldo por parte de los superiores ante los usuarios (3) • Ineficacia en la organización por los responsables (3)	
937	PRV1	Geriatría Aux. E.		En cuidado de enfermería a los pacientes no estrésa: “me estresan las injusticias y el trabajo mal hecho”
939	PRV1	Geriatría Aux. E.	• Poca implicación de compañeros en el trabajo (3) • No encontrar cuando se necesitan a los responsables (3)	Desmotiva el hecho de que cada día hayan más mandos que lo único que han buscado es un turno cómodo sin compromiso en motivar y gestionar adecuadamente
942	PRV1	Geriatría Aux. E.	• Sobrecarga por necesidades del servicio (1) • No poder coger vacaciones cuando deseas (2) • Falta de objetividad e igualdad en el trato a los residentes (2)	
946	PRV5	Cirugía Enf.	• Interrupciones en el trabajo (3)	
950	PRV5	Cirugía Enf.	• Cambios del personal habitual de la planta (2)	
953	PRV5	Cirugía Enf.	• Escasez de personal (3) • Cambios de unidad de última hora para cubrir incidencias (3) • Apariencia de los directivos de sobre servicios que no existen (3)	
955	PRV5	Cirugía Aux. E.	• Compañeros desmotivados y sin interés por pacientes (3)	Me siento muy satisfecha en mi trabajo
959	PRV5	Cirugía Aux. E.	• Que me desaparezca el material con el que estoy trabajando (3) • Que mis compañeras pasen del cuidado personal del paciente (3)	Tras cambiar del turno de noche al de día han mejorado los parámetros de alteración de la salud y la afectación de los estresores
961	PRV5	UCI Enf.	• Que no se cumplan los protocolos de tareas establecido (3) • Que no se tenga en cuenta mi experiencia y formación en la toma de decisiones de tareas del servicio (3)	
965	PRV5	UCI Aux. E	• Que me saque sin aviso del servicio para cubrir incidencias (3) • Falta de personal de refuerzo en mucha carga (3) • Que no se valore el sobreesfuerzo que hago (3)	Me considero afortunada de tener este trabajo pero tengo que callarme para conservarlo
967	PRV5	Otros Enf.	• Trabajo eventual (3) • Falta de promoción (2)	
969	PRV5	Otros Enf.	• Escaso reconocimiento por los médicos (2) • Diferencias d sueldo con sanidad pública (3)	Pocas posibilidades de promoción en sector privado y concertado
974	PRV5	Otros Enf.	• Exigencia del personal poco colaborador (2) • Rogar a los médicos que cumplan con su trabajo (3)	

977	PRV5	Otros Enf.	• Ritmo de trabajo en los quirófanos (3) • Poca información que se tiene de los pacientes (3) • Trato diferenciado entre estamentos profesionales (2)	
985	PRV5	Toco-Gin Enf.	• Que me cambien de servicio varias veces en el mismo turno para suplir incidencias (3) • Tener que llamar múltiples veces para la realización de una prueba u obtención de un resultado (3)	Se ahorra el dinero en el personal aunque incida en una mala calidad y una mala atención al usuario
987	PRV5	Toco-Gin Enf.	• Ver sufrir a recién nacidos y a sus padres por enfermedades crónicas (3)	
991	PRV5	Toco-Gin Aux. E.		Es importante que este trabajo te guste
1007	PRV6	Med. Int. Enf.	• Mala relación entre el personal del equipo (3) • Tener un compañero de trabajo incompetente (3)	
1010	PRV6	Med. Int. Enf.	• Desacuerdos con compañeros (2)	
1011	PRV6	Med. Int. Aux. E.	• No recibir ayuda de superiores ante problemas (3)	
1015	PRV6	Med. Int. Aux. E.		Más personal para mejorar la asistencia y motivación
1031	PRV6	Cardiolog Enf.	• Pase de visita médica desorganizada (2) • No solucionarse problemas organizativos estructurales con descontento del paciente y familiares (3)	
1034	PRV6	Cardiolog Enf.	• Relaciones interpersonales con equipo médico (3) • Que no se tenga en cuenta mi opinión a la hora de cuidar un paciente (3) • Tratar con compañeros poco competentes (3)	Los mandos debían facilitar el trabajo y dar solución a los problemas en vez de crearlos. Existe una falta de organización y estandarización A pesar del estrés soy feliz con mi profesión
1036	PRV6	Cardiolog Aux. E.	• Excesiva carga de trabajo (3) • Falta de personal para realizar bien el trabajo (3)	
1039	PRV6	Pediatría Enf.	• Dificultad de conciliar vida familiar por turnicidad (3)	Los recortes actuales añaden estrés al incrementarse el temor de perder el trabajo
1044	PRV6	Pediatría Enf.	• Que me cambien de servicio varias veces en el mismo turno para suplir incidencias (3)	
1045	PRV6	Pediatría Aux. E.	• Ser cuestionada por los compañeros (3)	
1049	PRV6	Toco-gin Enf.	• Falta de trabajo en equipo (3) • Falta de reconocimiento del trabajo de enfermería (3) • Escasez y recortes de personal (3)	

1053	PRV6	UCI Enf.	• Falta de información y de solicitud de opinión ante los cambios organizativos y estructurales del servicio antes de que se lleven a la práctica (3) • Falta de formación continuada en turno de trabajo (3) • Falta de zona de ocio para relajación	
1059	PRV6	Cirugía Enf.	• No poder salir del quirófano porque no hay personal preparado para suplirme	
1061	PRV6	Cirugía Enf.	• Falta de organización y errores en la programación (3) • Infravaloración de la enfermería por superiores (3) • Falta de material y compañeros que desconocen su uso (3)	
1063	PRV6	Cirugía Enf.	• Falta de respeto hacia el personal por los cirujanos (3)	
1065	PRV6	Cirugía Enf.	• Que los compañeros añadan tensión	
1066	PRV6	Cirugía Enf.	• No tener el material necesario para la intervención aumentando el nerviosismo de cirujano (3)	
1071	PRV6	Cirugía Aux. E.	• No poder hacer bien las tareas por tener que atender 2 quirófanos a la vez (2) • Ciclo de salida de tarde empalmando con entrada de mañana (2)	Me encanta mi trabajo; no lo cambiaría por nada aunque es muy difícil promocionar desde auxiliar.
1072	PRV6	Cirugía Aux. E.	• Falta de compañerismo (3) • Exceso mando piramidal (el jefe siempre tiene la razón) 3	
1078	PRV6	Otros Enf.	• Sentir que lo que haces no repercute en la productividad de la empresa (3)	
1080	PRV6	Otros Enf.	• Falta de comunicación con el equipo interdisciplinar (3)	
1089	PRV4	Psiquiat Enf.	• No considerarse mi opinión a la hora de tomarse decisiones (3) • Que alguien se inmiscuya y critique mi trabajo (3) • Sentirte poco realizado con el trabajo sintiendo que no lo haces bien (3)	
1097	PRV4	Psiquiat Aux. E.	• Dar importancia a acciones que no generan problemas (3) • Falta de compañerismo (3)0 • Falta de autonomía en la toma de decisiones (3)	Los superiores deben crear ambiente de equipo y sean objetivos, sin abuso de poder.
1102	PRV4	Psiquiat Aux. E.		Desmotiva el salario, muy escaso para las responsabilidades que asumimos
1104	PRV4	Psiquiat Aux. E.		Perdemos buenos profesionales que buscan en la sanidad pública mejor sueldo
1105	PRV4	Psiquiat Aux. E.	• Llamadas de atención de compañeros y superiores. No valoran lo que se hace bien (3) • Amenazas e insultos de familiares y pacientes por no poder darles la información que solicitan (3)	

1116	PRV4	Psiquiat Aux. E.	• Mala relación con personal de otras unidades (3) • Personal incompetente que no hace su trabajo (3)	
1119	PRV4	Psiquiat Aux. E.		Tengo a mi cargo a 20 auxiliares y 64 pacientes. Mi actividad consiste en que todo funcione perfectamente
1127	PRV2	UCI Enf.	• Malas relaciones con compañeros (3)	
1128	PRV2	UCI Enf.	• Tener que estar en varios servicios s lo largo de tu turno para cubrir incidencias (3) • Que no se reconozca y valore el trabajo bien hecho (3)	Profesión con muchísimas posibilidades que requiere un mejor reconocimiento económico y una mayor motivación por nuestros líderes y superiores a fin de desarrollar cada día mejor nuestro trabajo con los pacientes
1130	PRV2	Toco-Gin Enf.	• Escasos descansos (3) • Salario no acorde con responsabilidades (3)	Si queremos tratar como se merecen los pacientes se requiere más profesionales. Alta responsabilidad y mucha carga y volumen de trabajo. En estos hospitales parece más importante el envoltorio que lo que hay dentro
1132	PRV2	UCI Aux. E.	• Que me saquen de mi servicio para cubrir incidencias en otro que desconozco (3)	
1135	PRV2	Otro Enf.	• No poder disfrutar de los días libres cuando los necesitamos (3) • Jefes amenazantes o desafiantes al reclamar derechos (3) • No dejarnos participar en la mejora y cambios de la unidad (3)	
1137	PRV2	Otro Aux. E.	• Demanda simultanea de actividades por médicos de distintas especialidades (3) • Falta de unificación de criterios por parte de la supervisión a la hora de resolver dudas (2) • Falta de interés de la supervisión por la organización de la unidad delegando a otros (2)	
1140	PRV2	Med. Int. Enf.		Distribución de LD y organización de plantilla desequilibrada (parece que no se libra nunca)
1144	PRV2	Med. Int. Aux. E.		Motivaría que nos protegieran y apoyaran mas ante problemas con pacientes y familiares. Se podría mejorar la atención a los pacientes, si no hubiese tanto recorte de personal y material.
1145	PRV2	Med. Int. Aux. E.	• Tener compañera de trabajo con la que no trabajas bien (3)	

1146	PRV2	Med. Int. Aux. E.	• Pocos días libres en plantilla (3) • Material deficiente y escaso (3)	
1151	PRV2	UCI Enf.	• Falta de recursos materiales para realizar correctamente mi trabajo (3) • Ambiente de trabajo negativo (críticas) (3)	Me motiva el trabajo con los pacientes y familiares. Me desmotiva el ambiente laboral, la falta de apoyo de los superiores, la falta de recursos humanos y laborales.
1173	PRV3	Med. Int. Aux. E.	• Cambio de turnos (3) • Salario (3)	
1190	PRV3	Cirugía Enf.	• Realizar actividades que no so n de mi responsabilidad (3)	
1197	PRV3	Otro Enf.	• Malas formas por parte de compañeros del equipo (2) • No poder participar en la toma de decisiones sin poder rebatir órdenes de la supervisora por miedo a perder el trabajo (2)	
1199	PRV3	Otro Aux. E.	• Poco compañerismo (3)	
1203	PRV3	UCI Enf.		Hace falta personal

Anexo 7: Síntesis de respuestas a la cuestión abierta de ELPE

ESTRESOR de referencia	Fuente de tensión	Cuestionarios	n	Comentarios relevantes
CLIMA ORGANIZAC. **A. Supervisión, liderazgo y gestión de los recursos humanos**	**<u>Supervisión incompetente</u>** • Pasotismo, falta de autoridad y de eficacia y no resolver problemas • Falta de apoyo, ante problemas con pacientes y equipo	1, 150, 185, 408, 522, 594, 816, 861, 872, 879, 929, 1137. 451, 479, 488, 522, 779, 929, 1011, 1144.	12 8	*"A la supervisión no le importan para nada los pacientes ni los profesionales… lo que quiere es que le saquen el trabajo adelante, delegando su responsabilidad"* (Centro PRV-2, cuestionario 1137). "*Jefes más motivadores y menos déspotas*" (c.521)
	<u>Problemas de liderazgo de los mandos:</u> • Falta de liderazgo • Poca flexibilidad, inaccesibilidad, no escuchan a los profesionales, no respetan derechos • Crítica y no valoración de la actividad; falta de reconocimiento por trabajo bien hecho • Crean mal clima, manipulan • Acoso psicológico, Abuso de autoridad, dirección vertical, imposición de criterios • Trato preferencial y discriminatorio • No facilitar formación en trabajo ni autonomía en toma de decisiones	178 262, 360, 441, 442, 463, 479, 488, 521, 579, 752, 820, 942, 1053, 1089, 1135, 1140. 141, 420, 436, 439, 450, 462, 466, 829, 961, 965, 969, 1049, 1061, 1089, 1105,1128. 104, 518, 594 56, 104,145, 195, 200, 260, 292, 460, 521, 575, 820, 900, 1034, 1072, 1135, 1179. 250,741, 752, 827, 942. 172, 344, 440, 460, 523, 620, 639, 654, 716, 967, 1053, 1097.	1 16 16 3 16 5 12	*La supervisora parece que no quiere que estemos bien en el trabajo.*." (c. 104); *" El estrés lo producen las supervisoras y la dirección de enfermería por sus abusos de autoridad y la falta de respeto*" (c. 145). "Mientras realizo la encuesta me interrumpe la supervisora invitándome a realizar otra cosa más importante. (c.195). "Me *obligan a realizar tareas que no se orientan a mejorar la calidad*" (c.200). *Hay exceso de mando piramidal* ***... la jefa siempre tiene la razón***" (c.1072). *Superiores no son aptos les falta imparcialidad y objetividad y no saben gestionar el trabajo, repercutiendo en la motivación y generando tensión y estrés al equipo* (c.518)
	<u>Desorganización y deficiencias en la gestión de los recursos humanos</u>: • Desorganización del trabajo-desorden, gestión irregular (PEONADAS) • No respetar la planificación; Cambios de turno y de unidad de trabajo (alta rotación) • No cubrir incidencias; no compensar la alta presión asistencial (sobrecarga de trabajo) • Falta de Recursos Humanos o mala distribución que afecta a la calidad del servicio. Exceso de trabajo. Falta de tiempo para hacer bien la actividad • Recursos materiales deficitarios o en mal estado	19, 68, 126, 185, 285, 286, 311, 436, 462, 537, 579, 595, 603, 917, 1061, 1137. 42, 117, 145, 193, 263, 297, 367, 429, 436, 439, 505, 534, 539, 541, 543, 644, 654, 723, 775, 776, 777, 781, 793, 837, 840, 866, 902, 950, 953, 965, 985, 1044, 1128, 1132, 1173. 1, 30, 60, 103, 644, 719. 82, 83, 126, 128, 176, 250, 284, 384, 450, 420, 445, 460, 462, 466, 478, 479, 498, 505, 544, 561, 575, 598, 603, 639, 684, 716, 719, 777, 816, 942 , 925, 953, 965, 977, 1015, 1036, 1049,1146, 1203. 331, 846, 864, 1061, 1146, 1151.	16 35 6 39 6	*Me genera gran tensión la desorganización en el trabajo y sentir que no se puede cambiar por falta de empeño e interés de los superiores (c.68).* " *No se respeta la vida personal del profesional*" "*creen los mandos que estamos para cubrir sus errores de gestión y que estamos a su disposición las 24 h.*" (P-1: c. 539; P-8: c. 543) *"La falta de medios, personal y tiempo para dedicar a cada paciente me influye emocionalmente y me repercute en mis actividades"* (c.478) *"Se deben adecuar los recursos humanos a las necesidades de los pacientes* y no solamente al número de camas ocupadas" (c.684) *"Intentar reducir gastos en un hospital reduciendo personal es como en la cocina ahorrar en perejil. El ahorro no se corresponde con el perjuicio que se origina al paciente y a los resultados terapéuticos"* (c.1049) *Dotación escasa de material y consumibles de uso habitual y mobiliario viejo y arcaico* (c.331)
	<u>Turno de trabajo</u> Rotatorio; nocturno, variable. Poca conciliación con vida familiar y alteración ritmos biológicos	252, 313, 463, 555, 598, 616, 723, 774, 775, 831, 866, 902, 1039, 1071.	14	*Turnos que alteran los ritmos y pocos descansos* (c.598) *Dificultad de conciliar vida familiar por turnicidad* (c.1039)

ESTRESOR de referencia	Fuente de tensión	Cuestionarios	n	Comentarios relevantes
CLIMA ORGANIZAC. **B. Factores estructurales, y Relaciones en el equipo de trabajo**	**Estructura y entorno de trabajo** • Ruidos, malas condiciones climáticas	30, 33, 60, 382,	4	*No se tienen en cuenta problemas de climatización (mucho frío/mucho calor).ruidos excesivos....*
	• Falta de espacio, hacinamiento de pacientes en habitaciones	314, 331,	2	*Valoración de la limpieza de las unidades como propuesta de mejora de ambiente laboral.*(C.30).
	• Elevado número de visitas a todas las horas y trasiego de personas externas a la unidad	60, 382	2	*Déficit estructural. Muchos pacientes en poco espacio* (c.331).
	• Excesiva burocracia y nuevas tecnologías de la información (TIC)	83, 207, 318, 392, 493, 494, 498, 611, 719,	9	*Papeleo y tareas de trabajo informático (registro rutinario sin que se confirme su realización), quitando tiempo para el paciente* (c.318)
	• Falta de espacios habilitados para fumadores	839, 840, 841.	3	*Falta de ayuda para situaciones de estrés* (c.481)
	• Falta de soporte interno de ayuda ante estrés	481	1	*Diferencias entre personal estatutario y laborales con el mismo trabajo pero diferente sueldo, más días libres* (c.21)
	Vinculación contractual • Diferencias de sueldos y ventajas laborales; sueldos bajos en relación a responsabilidad	21, 555, 558, 639, 723, 774, 831, 862, 865, 969, 1130, 1173.	12	*Salario no acorde con responsabilidad* (c.1130)
	• Abuso en la contratación eventual; poca estabilidad laboral	88, 297, 539, 715, 791, 820, 837, 840, 902, 967,	10	*Contratos eventuales sin estabilidad ni vacaciones* (c.88). *Dificultades para optar a plaza fija o contrato de larga duración* (c.715)
	Relación en el equipo de trabajo • Falta de compañerismo, impuntualidad, insolidaridad, trepas., irresponsabilidad, incompetencia	1, 96, 131, 295, 756, 820, 829, 939, 955, 959, 961, 974, 1007, 1034, 1072, 1097, 1116 1199.	18	*Falta de competencia e irresponsabilidad de compañeros.... Me estresa mucho el afán que tiene la gente de engordar el curriculum (c.295) Incompetencia de compañeras (c.829)*
	• Malas relaciones y mal ambiente de trabajo: conflictos, faltas de respeto, injerencia en mi trabajo, prepotencia y discriminación intercategorías....	12, 41, 50, 54, 56, 66, 68, 87, 90, 103, 106, 108, 144, 150,174, 191, 227, 231, 262, 360, 369, 374, 382, 392, 445, 518, 578, 611, 658, 716, 741,779, 795, 804, 815, 816, 845, 861, 862, 863, 877, 878, 900, 907, 922, 977, 1007, 1010, 1045, 1065, 1116, 1127, 1145, 1151, 1197	55	*Que los médicos me traten como inferior (c.231). Prepotencia de algunos médicos (c. 382). Mal ambiente entre el equipo por culpa de los superiores (c:518). Falta de compañerismo entre categorías (c.779)*
	• Dificultades para el trabajo en equipo y cambio de actitudes. Problemas de comunicación • Responsabilidad funcional poco o mal definido entre categorías	38, 68, 174, 313, 369, 374, 392, 408, 449, 479, 537, 587, 597, 620, 623, 772, 779, 810, 812, 817, 860, 861, 862, 872, 939, 974, 977, 985, 1031, 1034, 1049, 1080, 1137,	33	*Por mucho que se diga, no se trabaja en equipo (c.374). Falta de consenso en el trabajo entre los compañeros (c.408). Es imprescindible el trabajo en equipo y fomentar la buena armonía entre compañeros para un mejor rendimiento (c.449). Me siento quemada por la falta de trabajo en equipo sin que mis compañeras y supervisión hagan nada para intentar mejorar (c.862)*
		50, 289, 445, 479, 598.	5	*Debemos realizar tareas sin ser de nuestra competencia (c.479)*
Atención al paciente y familia	**Conflictos**: • Interferencia en el trabajo de familiares y visitas.	176, 179, 315, 318, 333.	5	*Distracciones interrupciones por parte de pacientes o familiares (c.318)*
	• largas estancias de pacientes sin resultado + **Atención al paciente**	455	1	*Ver como se trata a una persona relevante o conocida con respecto a otra anónima en un ingreso (c.141)*
	• Poco interés por el paciente, deshumanización, trato desigual. Poca información y respeto	141, 265, 289, 311, 420	5	*La falta de respeto e información a pacientes y familiares (c. 311).* En esta sanidad el enfermo es lo de menos. "***Estoy quemada***" (c.265)

Anexo8:
Tablas complementarias

Tabla 62. Tabla de contingencia: Sexo por categoría profesional y titularidad del centro

CATEGORIA PROFESIONAL	TITULARIDAD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
ENFERMERA	PUBLICO	Válidos	MUJER	502	91,9	91,9
			HOMBRE	44	8,1	8,1
			Total	546	100,0	100,0
	PRIVADO	Válidos	MUJER	135	86,0	86,0
			HOMBRE	22	14,0	14,0
			Total	157	100,0	100,0
AUXILIAR	PUBLICO	Válidos	MUJER	343	97,2	97,2
			HOMBRE	10	2,8	2,8
			Total	353	100,0	100,0
	PRIVADO	Válidos	MUJER	141	92,8	92,8
			HOMBRE	11	7,2	7,2
			Total	152	100,0	100,0

Tabla 63. Tabla de contingencia: Sexo por Centros

CENTRO		SEXO		Total
		MUJER	HOMBRE	
P1	Recuento	110	3	113
	Frecuencia esperada	104,9	8,1	113,0
	% de CENTRO	97,3%	2,7%	100,0%
	% de SEXO	9,8%	3,4%	9,4%
	% del total	9,1%	,2%	9,4%
P2	Recuento	153	7	160
	Frecuencia esperada	148,5	11,5	160,0
	% de CENTRO	95,6%	4,4%	100,0%
	% de SEXO	13,6%	8,0%	13,2%
	% del total	12,7%	,6%	13,2%
P3	Recuento	98	9	107
	Frecuencia esperada	99,3	7,7	107,0
	% de CENTRO	91,6%	8,4%	100,0%
	% de SEXO	8,7%	10,3%	8,9%
	% del total	8,1%	,7%	8,9%
P4	Recuento	140	1	141
	Frecuencia esperada	130,8	10,2	141,0
	% de CENTRO	99,3%	,7%	100,0%
	% de SEXO	12,5%	1,1%	11,7%

	% del total	11,6%	,1%	11,7%
P5	Recuento	72	8	80
	Frecuencia esperada	74,2	5,8	80,0
	% de CENTRO	90,0%	10,0%	100,0%
	% de SEXO	6,4%	9,2%	6,6%
	% del total	6,0%	,7%	6,6%
P6	Recuento	121	7	128
	Frecuencia esperada	118,8	9,2	128,0
	% de CENTRO	94,5%	5,5%	100,0%
	% de SEXO	10,8%	8,0%	10,6%
	% del total	10,0%	,6%	10,6%
P7	Recuento	97	8	105
	Frecuencia esperada	97,4	7,6	105,0
	% de CENTRO	92,4%	7,6%	100,0%
	% de SEXO	8,7%	9,2%	8,7%
	% del total	8,0%	,7%	8,7%
P8	Recuento	54	11	65
	Frecuencia esperada	60,3	4,7	65,0
	% de CENTRO	83,1%	16,9%	100,0%
	% de SEXO	4,8%	12,6%	5,4%
	% del total	4,5%	,9%	5,4%
PRV1	Recuento	43	2	45
	Frecuencia esperada	41,8	3,2	45,0
	% de CENTRO	95,6%	4,4%	100,0%
	% de SEXO	3,8%	2,3%	3,7%
	% del total	3,6%	,2%	3,7%
PRV2	Recuento	42	3	45
	Frecuencia esperada	41,8	3,2	45,0
	% de CENTRO	93,3%	6,7%	100,0%
	% de SEXO	3,7%	3,4%	3,7%
	% del total	3,5%	,2%	3,7%
PRV3	Recuento	37	3	40
	Frecuencia esperada	37,1	2,9	40,0
	% de CENTRO	92,5%	7,5%	100,0%
	% de SEXO	3,3%	3,4%	3,3%
	% del total	3,1%	,2%	3,3%
PRV4	Recuento	30	12	42
	Frecuencia esperada	39,0	3,0	42,0
	% de CENTRO	71,4%	28,6%	100,0%
	% de SEXO	2,7%	13,8%	3,5%
	% del total	2,5%	1,0%	3,5%
PRV5	Recuento	49	7	56
	Frecuencia esperada	52,0	4,0	56,0
	% de CENTRO	87,5%	12,5%	100,0%
	% de SEXO	4,4%	8,0%	4,6%

	% del total	4,1%	,6%	4,6%
PRV6	Recuento	75	6	81
	Frecuencia esperada	75,2	5,8	81,0
	% de CENTRO	92,6%	7,4%	100,0%
	% de SEXO	6,7%	6,9%	6,7%
	% del total	6,2%	,5%	6,7%
Total	Recuento	1121	87	1208
	Frecuencia esperada	1121,0	87,0	1208,0
	% de CENTRO	92,8%	7,2%	100,0%
	% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	92,8%	7,2%	100,0%

Tabla 64. Análisis descriptivo de la variable edad por categorías profesionales

CATEGORIA PROFESIONAL			Estadístico	Error típico
ENFERMERA	Media		41,39	,373
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	40,66	
		Límite superior	42,12	
	Media recortada al 5%		41,39	
	Mediana		42,00	
	Varianza		97,629	
	Desviación típica		9,881	
	Mínimo		21	
	Máximo		64	
	Rango		43	
	Amplitud intercuartil		17	
	Asimetría		-,050	,092
	Curtosis		-1,013	,184
AUXILIAR	Media		45,35	,427
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	44,52	
		Límite superior	46,19	
	Media recortada al 5%		45,57	
	Mediana		47,00	
	Varianza		91,884	
	Desviación típica		9,586	
	Mínimo		22	
	Máximo		65	
	Rango		43	
	Amplitud intercuartil		15	
	Asimetría		-,393	,109
	Curtosis		-,589	,217

Tabla 65. Tabla de contingencia: Estado civil por Centros

CENTRO			ESTADO CIVIL				Total
			SOLTERA	CASADA	SEPARADA	VIUDA	
	P1	Recuento	22	81	7	3	113
		Frecuencia esperada	26,9	73,8	10,1	2,2	113,0
		% de CENTRO	19,5%	71,7%	6,2%	2,7%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	7,6%	10,3%	6,5%	13,0%	9,4%
		% del total	1,8%	6,7%	,6%	,2%	9,4%
	P2	Recuento	31	121	6	2	160
		Frecuencia esperada	38,1	104,5	14,3	3,0	160,0
		% de CENTRO	19,4%	75,6%	3,8%	1,3%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	10,8%	15,3%	5,6%	8,7%	13,2%
		% del total	2,6%	10,0%	,5%	,2%	13,2%
	P3	Recuento	26	70	8	3	107
		Frecuencia esperada	25,5	69,9	9,6	2,0	107,0
		% de CENTRO	24,3%	65,4%	7,5%	2,8%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	9,0%	8,9%	7,4%	13,0%	8,9%
		% del total	2,2%	5,8%	,7%	,2%	8,9%
	P4	Recuento	32	102	4	3	141
		Frecuencia esperada	33,6	92,1	12,6	2,7	141,0
		% de CENTRO	22,7%	72,3%	2,8%	2,1%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	11,1%	12,9%	3,7%	13,0%	11,7%
		% del total	2,6%	8,4%	,3%	,2%	11,7%
	P5	Recuento	30	37	9	4	80
		Frecuencia esperada	19,1	52,3	7,2	1,5	80,0
		% de CENTRO	37,5%	46,3%	11,3%	5,0%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	10,4%	4,7%	8,3%	17,4%	6,6%
		% del total	2,5%	3,1%	,7%	,3%	6,6%
	P6	Recuento	25	82	20	1	128
		Frecuencia esperada	30,5	83,6	11,4	2,4	128,0
		% de CENTRO	19,5%	64,1%	15,6%	,8%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	8,7%	10,4%	18,5%	4,3%	10,6%
		% del total	2,1%	6,8%	1,7%	,1%	10,6%
	P7	Recuento	27	62	15	1	105
		Frecuencia esperada	25,0	68,6	9,4	2,0	105,0
		% de CENTRO	25,7%	59,0%	14,3%	1,0%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	9,4%	7,9%	13,9%	4,3%	8,7%
		% del total	2,2%	5,1%	1,2%	,1%	8,7%
	P8	Recuento	15	42	7	1	65
		Frecuencia esperada	15,5	42,5	5,8	1,2	65,0
		% de CENTRO	23,1%	64,6%	10,8%	1,5%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	5,2%	5,3%	6,5%	4,3%	5,4%
		% del total	1,2%	3,5%	,6%	,1%	5,4%

	PRV1	Recuento	7	33	5	0	45
		Frecuencia esperada	10,7	29,4	4,0	,9	45,0
		% de CENTRO	15,6%	73,3%	11,1%	,0%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	2,4%	4,2%	4,6%	,0%	3,7%
		% del total	,6%	2,7%	,4%	,0%	3,7%
	PRV2	Recuento	15	26	4	0	45
		Frecuencia esperada	10,7	29,4	4,0	,9	45,0
		% de CENTRO	33,3%	57,8%	8,9%	,0%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	5,2%	3,3%	3,7%	,0%	3,7%
		% del total	1,2%	2,2%	,3%	,0%	3,7%
	PRV3	Recuento	15	19	4	2	40
		Frecuencia esperada	9,5	26,1	3,6	,8	40,0
		% de CENTRO	37,5%	47,5%	10,0%	5,0%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	5,2%	2,4%	3,7%	8,7%	3,3%
		% del total	1,2%	1,6%	,3%	,2%	3,3%
	PRV4	Recuento	9	29	3	1	42
		Frecuencia esperada	10,0	27,4	3,8	,8	42,0
		% de CENTRO	21,4%	69,0%	7,1%	2,4%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	3,1%	3,7%	2,8%	4,3%	3,5%
		% del total	,7%	2,4%	,2%	,1%	3,5%
	PRV5	Recuento	17	32	5	2	56
		Frecuencia esperada	13,4	36,6	5,0	1,1	56,0
		% de CENTRO	30,4%	57,1%	8,9%	3,6%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	5,9%	4,1%	4,6%	8,7%	4,6%
		% del total	1,4%	2,6%	,4%	,2%	4,6%
	PRV6	Recuento	17	53	11	0	81
		Frecuencia esperada	19,3	52,9	7,2	1,5	81,0
		% de CENTRO	21,0%	65,4%	13,6%	,0%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	5,9%	6,7%	10,2%	,0%	6,7%
		% del total	1,4%	4,4%	,9%	,0%	6,7%
Total		Recuento	288	789	108	23	1208
		Frecuencia esperada	288,0	789,0	108,0	23,0	1208,0
		% de CENTRO	23,8%	65,3%	8,9%	1,9%	100,0%
		% de ESTADO CIVIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	23,8%	65,3%	8,9%	1,9%	100,0%

Tabla 66. Tabla de contingencia: Categoría profesional por Centros

CENTRO		CATEGORIA PROFESIONAL		Total
		ENFERMERA	AUXILIAR	
P1	Recuento	69	44	113
	Frecuencia esperada	65,8	47,2	113,0
	% de CENTRO	61,1%	38,9%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	9,8%	8,7%	9,4%
	% del total	5,7%	3,6%	9,4%
P2	Recuento	102	58	160
	Frecuencia esperada	93,1	66,9	160,0
	% de CENTRO	63,8%	36,3%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	14,5%	11,5%	13,2%
	% del total	8,4%	4,8%	13,2%
P3	Recuento	60	47	107
	Frecuencia esperada	62,3	44,7	107,0
	% de CENTRO	56,1%	43,9%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	8,5%	9,3%	8,9%
	% del total	5,0%	3,9%	8,9%
P4	Recuento	86	55	141
	Frecuencia esperada	82,1	58,9	141,0
	% de CENTRO	61,0%	39,0%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	12,2%	10,9%	11,7%
	% del total	7,1%	4,6%	11,7%
P5	Recuento	47	33	80
	Frecuencia esperada	46,6	33,4	80,0
	% de CENTRO	58,8%	41,3%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	6,7%	6,5%	6,6%
	% del total	3,9%	2,7%	6,6%
P6	Recuento	83	45	128
	Frecuencia esperada	74,5	53,5	128,0
	% de CENTRO	64,8%	35,2%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	11,8%	8,9%	10,6%
	% del total	6,9%	3,7%	10,6%
P7	Recuento	59	46	105
	Frecuencia esperada	61,1	43,9	105,0
	% de CENTRO	56,2%	43,8%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	8,4%	9,1%	8,7%
	% del total	4,9%	3,8%	8,7%
P8	Recuento	40	25	65
	Frecuencia esperada	37,8	27,2	65,0
	% de CENTRO	61,5%	38,5%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	5,7%	5,0%	5,4%
	% del total	3,3%	2,1%	5,4%

PRV1	Recuento	7	38	45
	Frecuencia esperada	26,2	18,8	45,0
	% de CENTRO	15,6%	84,4%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	1,0%	7,5%	3,7%
	% del total	,6%	3,1%	3,7%
PRV2	Recuento	26	19	45
	Frecuencia esperada	26,2	18,8	45,0
	% de CENTRO	57,8%	42,2%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	3,7%	3,8%	3,7%
	% del total	2,2%	1,6%	3,7%
PRV3	Recuento	26	14	40
	Frecuencia esperada	23,3	16,7	40,0
	% de CENTRO	65,0%	35,0%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	3,7%	2,8%	3,3%
	% del total	2,2%	1,2%	3,3%
PRV4	Recuento	10	32	42
	Frecuencia esperada	24,4	17,6	42,0
	% de CENTRO	23,8%	76,2%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	1,4%	6,3%	3,5%
	% del total	,8%	2,6%	3,5%
PRV5	Recuento	35	21	56
	Frecuencia esperada	32,6	23,4	56,0
	% de CENTRO	62,5%	37,5%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	5,0%	4,2%	4,6%
	% del total	2,9%	1,7%	4,6%
PRV6	Recuento	53	28	81
	Frecuencia esperada	47,1	33,9	81,0
	% de CENTRO	65,4%	34,6%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	7,5%	5,5%	6,7%
	% del total	4,4%	2,3%	6,7%
Total	Recuento	703	505	1208
	Frecuencia esperada	703,0	505,0	1208,0
	% de CENTRO	58,2%	41,8%	100,0%
	% de CATEGORIA PROFESIONAL	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	58,2%	41,8%	100,0%

Tabla 67. Tabla de contingencia: Percepción del estado de salud por centros

CENTRO		ESTADO DE SALUD					Total
		MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	
P1	Recuento	1	1	38	68	5	113
	Frecuencia esperada	,6	3,6	27,3	71,4	10,1	113,0
	% de CENTRO	,9%	,9%	33,6%	60,2%	4,4%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	16,7%	2,6%	13,0%	8,9%	4,6%	9,4%
	% del total	,1%	,1%	3,1%	5,6%	,4%	9,4%
P2	Recuento	2	9	46	96	7	160
	Frecuencia esperada	,8	5,2	38,7	101,1	14,3	160,0
	% de CENTRO	1,3%	5,6%	28,8%	60,0%	4,4%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	33,3%	23,1%	15,8%	12,6%	6,5%	13,2%
	% del total	,2%	,7%	3,8%	7,9%	,6%	13,2%
P3	Recuento	0	1	28	72	6	107
	Frecuencia esperada	,5	3,5	25,9	67,6	9,6	107,0
	% de CENTRO	,0%	,9%	26,2%	67,3%	5,6%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	2,6%	9,6%	9,4%	5,6%	8,9%
	% del total	,0%	,1%	2,3%	6,0%	,5%	8,9%
P4	Recuento	0	7	27	94	13	141
	Frecuencia esperada	,7	4,6	34,1	89,1	12,6	141,0
	% de CENTRO	,0%	5,0%	19,1%	66,7%	9,2%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	17,9%	9,2%	12,3%	12,0%	11,7%
	% del total	,0%	,6%	2,2%	7,8%	1,1%	11,7%
P5	Recuento	0	0	19	52	9	80
	Frecuencia esperada	,4	2,6	19,3	50,5	7,2	80,0
	% de CENTRO	,0%	,0%	23,8%	65,0%	11,3%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	,0%	6,5%	6,8%	8,3%	6,6%
	% del total	,0%	,0%	1,6%	4,3%	,7%	6,6%
P6	Recuento	0	7	27	85	9	128
	Frecuencia esperada	,6	4,1	30,9	80,8	11,4	128,0
	% de CENTRO	,0%	5,5%	21,1%	66,4%	7,0%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	17,9%	9,2%	11,1%	8,3%	10,6%
	% del total	,0%	,6%	2,2%	7,0%	,7%	10,6%
P7	Recuento	0	3	23	66	13	105
	Frecuencia esperada	,5	3,4	25,4	66,3	9,4	105,0
	% de CENTRO	,0%	2,9%	21,9%	62,9%	12,4%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	7,7%	7,9%	8,7%	12,0%	8,7%
	% del total	,0%	,2%	1,9%	5,5%	1,1%	8,7%
P8	Recuento	0	1	13	43	8	65
	Frecuencia esperada	,3	2,1	15,7	41,1	5,8	65,0
	% de CENTRO	,0%	1,5%	20,0%	66,2%	12,3%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	2,6%	4,5%	5,6%	7,4%	5,4%
	% del total	,0%	,1%	1,1%	3,6%	,7%	5,4%

PRV1	Recuento	1	0	21	22	1	45
	Frecuencia esperada	,2	1,5	10,9	28,4	4,0	45,0
	% de CENTRO	2,2%	,0%	46,7%	48,9%	2,2%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	16,7%	,0%	7,2%	2,9%	,9%	3,7%
	% del total	,1%	,0%	1,7%	1,8%	,1%	3,7%
PRV2	Recuento	0	0	11	25	9	45
	Frecuencia esperada	,2	1,5	10,9	28,4	4,0	45,0
	% de CENTRO	,0%	,0%	24,4%	55,6%	20,0%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	,0%	3,8%	3,3%	8,3%	3,7%
	% del total	,0%	,0%	,9%	2,1%	,7%	3,7%
PRV3	Recuento	0	1	4	27	8	40
	Frecuencia esperada	,2	1,3	9,7	25,3	3,6	40,0
	% de CENTRO	,0%	2,5%	10,0%	67,5%	20,0%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	2,6%	1,4%	3,5%	7,4%	3,3%
	% del total	,0%	,1%	,3%	2,2%	,7%	3,3%
PRV4	Recuento	0	2	11	25	4	42
	Frecuencia esperada	,2	1,4	10,2	26,5	3,8	42,0
	% de CENTRO	,0%	4,8%	26,2%	59,5%	9,5%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	5,1%	3,8%	3,3%	3,7%	3,5%
	% del total	,0%	,2%	,9%	2,1%	,3%	3,5%
PRV5	Recuento	0	1	9	38	8	56
	Frecuencia esperada	,3	1,8	13,5	35,4	5,0	56,0
	% de CENTRO	,0%	1,8%	16,1%	67,9%	14,3%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	,0%	2,6%	3,1%	5,0%	7,4%	4,6%
	% del total	,0%	,1%	,7%	3,1%	,7%	4,6%
PRV6	Recuento	2	6	15	50	8	81
	Frecuencia esperada	,4	2,6	19,6	51,2	7,2	81,0
	% de CENTRO	2,5%	7,4%	18,5%	61,7%	9,9%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	33,3%	15,4%	5,1%	6,6%	7,4%	6,7%
	% del total	,2%	,5%	1,2%	4,1%	,7%	6,7%
Total	Recuento	6	39	292	763	108	1208
	Frecuencia esperada	6,0	39,0	292,0	763,0	108,0	1208,0
	% de CENTRO	,5%	3,2%	24,2%	63,2%	8,9%	100,0%
	% de ESTADO DE SALUD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	,5%	3,2%	24,2%	63,2%	8,9%	100,0%

Tabla 68. Tabla de contingencia: ¿El trabajo le origina estrés? por Categoría profesional

CATEGORIA PROFESIONAL		EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS				
		NADA	POCO	MODERADO	MUCHO	TOTAL
ENFERMERA	Recuento	23	143	423	114	703
	Frecuencia esperada	33,8	144,9	413,2	111,2	703,0
AUXILIAR	Recuento	35	106	287	77	505
	Frecuencia esperada	24,2	104,1	296,8	79,8	505,0

Tabla 69. Tabla de contingencia: Percepción de estrés por centros

CENTROS		EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS				Total
		NADA	POCO	MODERADO	MUCHO	NADA
P1	Recuento	3	17	80	13	113
	Frecuencia esperada	5,4	23,3	66,4	17,9	113,0
	% de CENTRO	2,7%	15,0%	70,8%	11,5%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	5,2%	6,8%	11,3%	6,8%	9,4%
	% del total	,2%	1,4%	6,6%	1,1%	9,4%
P2	Recuento	9	47	79	25	160
	Frecuencia esperada	7,7	33,0	94,0	25,3	160,0
	% de CENTRO	5,6%	29,4%	49,4%	15,6%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	15,5%	18,9%	11,1%	13,1%	13,2%
	% del total	,7%	3,9%	6,5%	2,1%	13,2%
P3	Recuento	7	19	60	21	107
	Frecuencia esperada	5,1	22,1	62,9	16,9	107,0
	% de CENTRO	6,5%	17,8%	56,1%	19,6%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	12,1%	7,6%	8,5%	11,0%	8,9%
	% del total	,6%	1,6%	5,0%	1,7%	8,9%
P4	Recuento	6	25	85	25	141
	Frecuencia esperada	6,8	29,1	82,9	22,3	141,0
	% de CENTRO	4,3%	17,7%	60,3%	17,7%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	10,3%	10,0%	12,0%	13,1%	11,7%
	% del total	,5%	2,1%	7,0%	2,1%	11,7%
P5	Recuento	2	23	47	8	80
	Frecuencia esperada	3,8	16,5	47,0	12,6	80,0
	% de CENTRO	2,5%	28,8%	58,8%	10,0%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	3,4%	9,2%	6,6%	4,2%	6,6%
	% del total	,2%	1,9%	3,9%	,7%	6,6%
P6	Recuento	5	23	86	14	128
	Frecuencia esperada	6,1	26,4	75,2	20,2	128,0
	% de CENTRO	3,9%	18,0%	67,2%	10,9%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	8,6%	9,2%	12,1%	7,3%	10,6%
	% del total	,4%	1,9%	7,1%	1,2%	10,6%

P7	Recuento	7	20	63	15	105
	Frecuencia esperada	5,0	21,6	61,7	16,6	105,0
	% de CENTRO	6,7%	19,0%	60,0%	14,3%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	12,1%	8,0%	8,9%	7,9%	8,7%
	% del total	,6%	1,7%	5,2%	1,2%	8,7%
P8	Recuento	5	17	25	18	65
	Frecuencia esperada	3,1	13,4	38,2	10,3	65,0
	% de CENTRO	7,7%	26,2%	38,5%	27,7%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	8,6%	6,8%	3,5%	9,4%	5,4%
	% del total	,4%	1,4%	2,1%	1,5%	5,4%
PRV1	Recuento	2	14	24	5	45
	Frecuencia esperada	2,2	9,3	26,4	7,1	45,0
	% de CENTRO	4,4%	31,1%	53,3%	11,1%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	3,4%	5,6%	3,4%	2,6%	3,7%
	% del total	,2%	1,2%	2,0%	,4%	3,7%
PRV2	Recuento	4	7	32	2	45
	Frecuencia esperada	2,2	9,3	26,4	7,1	45,0
	% de CENTRO	8,9%	15,6%	71,1%	4,4%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	6,9%	2,8%	4,5%	1,0%	3,7%
	% del total	,3%	,6%	2,6%	,2%	3,7%
PRV3	Recuento	1	5	29	5	40
	Frecuencia esperada	1,9	8,2	23,5	6,3	40,0
	% de CENTRO	2,5%	12,5%	72,5%	12,5%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	1,7%	2,0%	4,1%	2,6%	3,3%
	% del total	,1%	,4%	2,4%	,4%	3,3%
PRV4	Recuento	2	9	25	6	42
	Frecuencia esperada	2,0	8,7	24,7	6,6	42,0
	% de CENTRO	4,8%	21,4%	59,5%	14,3%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	3,4%	3,6%	3,5%	3,1%	3,5%
	% del total	,2%	,7%	2,1%	,5%	3,5%
PRV5	Recuento	4	10	33	9	56
	Frecuencia esperada	2,7	11,5	32,9	8,9	56,0
	% de CENTRO	7,1%	17,9%	58,9%	16,1%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	6,9%	4,0%	4,6%	4,7%	4,6%
	% del total	,3%	,8%	2,7%	,7%	4,6%
PRV6	Recuento	1	13	42	25	81
	Frecuencia esperada	3,9	16,7	47,6	12,8	81,0
	% de CENTRO	1,2%	16,0%	51,9%	30,9%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	1,7%	5,2%	5,9%	13,1%	6,7%
	% del total	,1%	1,1%	3,5%	2,1%	6,7%
Total	Recuento	58	249	710	191	1208
	Frecuencia esperada	58,0	249,0	710,0	191,0	1208,0
	% de CENTRO	4,8%	20,6%	58,8%	15,8%	100,0%
	% de EL TRABAJO LE ORIGINA ESTRÉS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	4,8%	20,6%	58,8%	15,8%	100,0%

Tabla 70. Descripción de los rangos promedios de los problemas Psicosomáticos por centros. (Prueba de Kruskal-Wallis)

CPP	CENTRO	N	Rango promedio
1- ALTERACIÓN DEL SUEÑO	P1	113	677,18
	P2	160	644,95
	P3	107	612,16
	P4	141	607,70
	P5	80	700,03
	P6	128	640,55
	P7	105	547,64
	P8	65	640,40
	PRV1	45	569,31
	PRV2	45	587,53
	PRV3	40	418,45
	PRV4	42	613,39
	PRV5	56	470,83
	PRV6	81	509,74
2- JAQUECA	P1	113	669,19
	P2	160	599,02
	P3	107	543,31
	P4	141	599,40
	P5	80	627,76
	P6	128	618,02
	P7	105	545,59
	P8	65	741,11
	PRV1	45	645,13
	PRV2	45	583,60
	PRV3	40	550,71
	PRV4	42	627,29
	PRV5	56	470,77
	PRV6	81	633,43
3- MOLESTIAS DIGESTIVAS	P1	113	590,39
	P2	160	579,77
	P3	107	581,09
	P4	141	602,85
	P5	80	628,23
	P6	128	625,73
	P7	105	616,76
	P8	65	655,70
	PRV1	45	629,50
	PRV2	45	687,12
	PRV3	40	677,96
	PRV4	42	442,36
	PRV5	56	518,93
	PRV6	81	640,03
4- AGOTAMIENTO	P1	113	606,67
	P2	160	572,53
	P3	107	588,10
	P4	141	605,37
	P5	80	606,68
	P6	128	653,98
	P7	105	652,73
	P8	65	610,28
	PRV1	45	602,16
	PRV2	45	635,90
	PRV3	40	644,45
	PRV4	42	468,99
	PRV5	56	403,46
	PRV6	81	710,64

5A- COMER MAS	P1	113	570,56
	P2	160	595,29
	P3	107	582,86
	P4	141	605,25
	P5	80	652,74
	P6	128	621,26
	P7	105	629,67
	P8	65	634,69
	PRV1	45	592,83
	PRV2	45	585,17
	PRV3	40	565,96
	PRV4	42	604,71
	PRV5	56	574,85
	PRV6	81	622,97
5B- FUMAR MAS	P1	113	580,04
	P2	160	629,10
	P3	107	589,07
	P4	141	674,69
	P5	80	633,83
	P6	128	625,12
	P7	105	579,43
	P8	65	653,40
	PRV1	45	557,17
	PRV2	45	582,91
	PRV3	40	557,83
	PRV4	42	498,18
	PRV5	56	568,67
	PRV6	81	561,17
5C- BEBER MAS	P1	113	519,62
	P2	160	587,05
	P3	107	591,08
	P4	141	605,87
	P5	80	668,56
	P6	128	631,16
	P7	105	620,61
	P8	65	598,73
	PRV1	45	666,38
	PRV2	45	682,87
	PRV3	40	679,29
	PRV4	42	609,85
	PRV5	56	585,24
	PRV6	81	546,75
6- MENOR INTERÉS SEXUAL	P1	113	621,65
	P2	160	611,53
	P3	107	673,13
	P4	141	622,18
	P5	80	531,68
	P6	128	697,12
	P7	105	594,13
	P8	65	566,43
	PRV1	45	745,21
	PRV2	45	425,04
	PRV3	40	530,54
	PRV4	42	542,10
	PRV5	56	460,79
	PRV6	81	604,56

7- ALTERACIÓN RITMO RESPIRATORIO	P1	113	587,79
	P2	160	582,69
	P3	107	617,17
	P4	141	622,55
	P5	80	629,94
	P6	128	642,18
	P7	105	533,90
	P8	65	612,91
	PRV1	45	732,80
	PRV2	45	656,33
	PRV3	40	561,45
	PRV4	42	539,29
	PRV5	56	546,89
	PRV6	81	617,67
8- INAPETENCIA	P1	113	598,39
	P2	160	539,60
	P3	107	603,50
	P4	141	622,79
	P5	80	627,77
	P6	128	646,55
	P7	105	551,86
	P8	65	636,17
	PRV1	45	662,91
	PRV2	45	659,46
	PRV3	40	644,20
	PRV4	42	522,39
	PRV5	56	564,70
	PRV6	81	651,60
9- NEUROMUSCULARES (TICS NERVIOSOS)	P1	113	598,75
	P2	160	570,59
	P3	107	612,37
	P4	141	583,87
	P5	80	618,92
	P6	128	663,61
	P7	105	550,87
	P8	65	631,68
	PRV1	45	675,23
	PRV2	45	628,21
	PRV3	40	616,95
	PRV4	42	560,45
	PRV5	56	539,44
	PRV6	81	654,29
10- DOLORES O PINCHAZOS	P1	113	645,24
	P2	160	612,61
	P3	107	586,91
	P4	141	561,37
	P5	80	575,90
	P6	128	603,17
	P7	105	630,98
	P8	65	610,61
	PRV1	45	758,36
	PRV2	45	608,50
	PRV3	40	605,78
	PRV4	42	538,62
	PRV5	56	515,29
	PRV6	81	628,60

11- ASTENIA, TENTACIÓN DE NO LEVANTARSE POR LA MAÑANA	P1	113	583,59
	P2	160	635,33
	P3	107	600,45
	P4	141	579,34
	P5	80	570,74
	P6	128	672,79
	P7	105	647,68
	P8	65	617,78
	PRV1	45	568,36
	PRV2	45	684,54
	PRV3	40	586,00
	PRV4	42	535,96
	PRV5	56	472,79
	PRV6	81	592,07
12- PALPITACIONES, SUDORACIÓN	P1	113	671,08
	P2	160	602,68
	P3	107	620,55
	P4	141	618,57
	P5	80	638,42
	P6	128	675,17
	P7	105	563,73
	P8	65	573,92
	PRV1	45	650,30
	PRV2	45	527,20
	PRV3	40	460,76
	PRV4	42	494,48
	PRV5	56	556,62
	PRV6	81	580,37

Tabla 71: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del MBI Total y de sus dimensiones entre los distintos grupos de edad.

DIMENSIONES MBI	GRUPO EDAD	N	Rango promedio
MBI Agotamiento	Grupo 1 (21-35 años)	300	577,49
	Grupo 2 (36-50 años)	580	621,95
	Grupo 3 (51-65 años)	328	598,35
MBI Despersonalización	Grupo 1 (21-35 años)	300	554,99
	Grupo 2 (36-50 años)	580	604,26
	Grupo 3 (51-65 años)	328	650,20
MBI Realización Personal	Grupo 1 (21-35 años)	300	671,71
	Grupo 2 (36-50 años)	580	573,86
	Grupo 3 (51-65 años)	328	597,21
MBI Total (22 ítems)	Grupo 1 (21-35 años)	300	542,04
	Grupo 2 (36-50 años)	580	629,19
	Grupo 3 (51-65 años)	328	617,96

Tabla 72: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del MBI Total y de sus dimensiones entre los distintos tipos de condición laboral (fijo o eventual).

DIMENSIONES MBI	CONDICIÓN LABORAL	N	Rango promedio	Suma de rangos
MBI Agotamiento	FIJO	951	619,58	589217,00
	EVENTUAL	257	548,71	141019,00
MBI Despersonalización	FIJO	951	619,59	589229,00
	EVENTUAL	257	548,67	141007,00
MBI Realización Personal	FIJO	951	594,76	565621,50
	EVENTUAL	257	640,52	164614,50
MBI Total (22 ítems)	FIJO	951	624,37	593779,50
	EVENTUAL	257	530,96	136456,50

Tabla 73: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del MBI Total y de sus dimensiones entre las distintas unidades/servicios de trabajo de los profesionales de nuestro estudio.

	SERVICIO ACTUAL	N	Rango promedio
MBI Agotamiento	MEDICINA INTERNA	235	718,12
	CIRUGÍA GENERAL	166	636,62
	UROLOGÍA	8	388,56
	TRAUMATOLOGÍA	21	694,02
	CARDIOLOGÍA	29	856,19
	OFTALMOLOGÍA/OTORRINO/MAXILOFACIAL	22	443,36
	TOCO-GINECOLOGÍA	95	550,79
	PEDIATRÍA	141	526,11
	PSIQUIATRÍA/SALUD MENTAL	112	541,07
	GERIATRÍA	66	591,48
	CUIDADOS PALIATIVOS	38	478,13
	UVI-UCI	103	565,88
	13	172	586,82
MBI Despersonalización	MEDICINA INTERNA	235	686,75
	CIRUGÍA GENERAL	166	550,52
	UROLOGÍA	8	354,63
	TRAUMATOLOGÍA	21	683,62
	CARDIOLOGÍA	29	695,02
	OFTALMOLOGÍA/OTORRINO/MAXILOFACIAL	22	605,45
	TOCO-GINECOLOGÍA	95	548,51
	PEDIATRÍA	141	590,61
	PSIQUIATRÍA/SALUD MENTAL	112	567,89
	GERIATRÍA	66	656,87
	CUIDADOS PALIATIVOS	38	554,12
	UVI-UCI	103	612,81
	13	172	583,00
MBI Realización Personal	MEDICINA INTERNA	235	538,61
	CIRUGÍA GENERAL	166	681,37
	UROLOGÍA	8	944,63
	TRAUMATOLOGÍA	21	642,00
	CARDIOLOGÍA	29	608,14
	OFTALMOLOGÍA/OTORRINO/MAXILOFACIAL	22	635,80
	TOCO-GINECOLOGÍA	95	608,04
	PEDIATRÍA	141	640,62
	PSIQUIATRÍA/SALUD MENTAL	112	602,83
	GERIATRÍA	66	581,67
	CUIDADOS PALIATIVOS	38	577,13
	UVI-UCI	103	617,13
	13	172	572,09
MBI Total (22 ítems)	MEDICINA INTERNA	235	724,21
	CIRUGÍA GENERAL	166	574,43
	UROLOGÍA	8	246,25
	TRAUMATOLOGÍA	21	650,10
	CARDIOLOGÍA	29	796,10
	OFTALMOLOGÍA/OTORRINO/MAXILOFACIAL	22	502,98
	TOCO-GINECOLOGÍA	95	553,91
	PEDIATRÍA	141	543,65
	PSIQUIATRÍA/SALUD MENTAL	112	553,56
	GERIATRÍA	66	615,04
	CUIDADOS PALIATIVOS	38	545,62
	UVI-UCI	103	568,65
	13	172	603,17

Tabla 74. Prueba Mann-Whitney: Comparación de rangos promedios de los problemas/síntomas psicosomáticos entre los profesionales que han sufrido alguna baja por enfermedad durante el último año y los que no.

Problemas/síntomas Psicosomáticos (CPP)	Baja laboral	Rango promedio	Test de Mann-Whitney	Z	Significación
1- Alteración del sueño	NO	588,10	129885,500	-2,578	,010
	SI	645,08			
2- Jaqueca, dolor de cabeza	NO	587,43	129294,500	-2,689	,007
	SI	646,89			
3- Indigestiones o molestias gastrointestinales	NO	584,10	126372,000	-3,242	, 001
	SI	655,86			
4- Sensación de cansancio extremo o agotamiento	NO	580,62	123309,000	-3,874	,000
	SI	665,25			
5- Tendencia a comer más, beber más y fumar más	NO	584,11	126378,000	-3,237	,001
	SI	655,84			
6- Disminución del interés sexual	NO	591,18	132596,000	-2,066	,039
	SI	636,76			
7- Respiración entrecortada o sensación de ahogo	NO	583,37	125729,000	-3,482	,000
	SI	657,83			
8- Disminución del apetito	NO	587,79	129617,000	-2,689	,007
	SI	645,90			
9- Temblores musculares (Tics nerviosos, etc.)	NO	585,89	127941,000	-3,093	,002
	SI	651,04			
10- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	NO	576,92	120046,500	-4,441	,000
	SI	675,26			
11- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	NO	585,10	127247,000	-3,073	,002
	SI	653,17			
12- Tendencia a sudar o palpitaciones	NO	585,46	127568,500	-3,043	,002
	SI	652,19			
CPP Total	NO	572,40	116069,500	-5,097	,000
	SI	687,46			

Tabla 75: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio del cuestionario CPP de problemas psicosomáticos y de las relaciones que estos problemas establecen en razón al tiempo de antigüedad en el trabajo.

Problemas/síntomas Psicosomáticos (CPP)	Baja laboral	n	Rango promedio	Chi-cuadrado (χ^2)	gl	Significación
1- Alteración del sueño	De 1 a 15	300	579,61	5,123	2	,077
	De 16 a30	580	597,96			
	Más de 30	328	638,82			
2- Jaqueca, dolor de cabeza	De 1 a 15	300	609,46	10,200	2	,006
	De 16 a30	580	629,98			
	Más de 30	328	554,92			
3- Indigestiones o molestias gastrointestinales	De 1 a 15	300	612,28	9,426	2	, 009
	De 16 a30	580	627,84			
	Más de 30	328	556,11			
4- Sensación de cansancio extremo o agotamiento	De 1 a 15	300	586,98	3,955	2	,138
	De 16 a30	580	624,58			
	Más de 30	328	585,02			
5- Tendencia a comer más, beber más y fumar más	De 1 a 15	300	606,02	,091	2	,956
	De 16 a30	580	601,54			
	Más de 30	328	608,34			
6- Disminución del interés sexual	De 1 a 15	300	489,72	57,688	2	,000
	De 16 a30	580	612,39			
	Más de 30	328	695,52			
7- Respiración entrecortada o sensación de ahogo	De 1 a 15	300	523,83	24,779	2	,000
	De 16 a30	580	622,99			
	Más de 30	328	645,59			
8- Disminución del apetito	De 1 a 15	300	627,25	4,770	2	,092
	De 16 a30	580	611,21			
	Más de 30	328	571,83			
9- Temblores musculares (Tics nerviosos, etc.)	De 1 a 15	300	568,47	4,975	2	,083
	De 16 a30	580	614,06			
	Más de 30	328	620,54			
10- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	De 1 a 15	300	564,32	7,654	2	,022
	De 16 a30	580	630,29			
	Más de 30	328	595,64			
11- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	De 1 a 15	300	627,19	3,807	2	,149
	De 16 a30	580	609,24			
	Más de 30	328	575,36			
12- Tendencia a sudar o palpitaciones	De 1 a 15	300	561,81	11,213	2	,004
	De 16 a30	580	599,94			
	Más de 30	328	651,61			
CPP Total	De 1 a 15	300	570,68	3,758	2	,153
	De 16 a30	580	616,31			
	Más de 30	328	614,55			

Tabla 76. Respuestas de los profesionales de enfermería de nuestro estudio al grado de tensión que les producen los estresores laborales del cuestionario ELPE

	Estresores	Grado de tensión							
		Ninguna		Leve		Moderada		Mucha	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Falta de tiempo para hacer las cosas	47	3,9	242	20,0	466	38,6	453	37,5
2	Sobrecarga de trabajo	29	2,4	169	14,0	497	41,1	513	42,5
3	Tener que realizar tareas que no son de mi competencia	107	8,9	372	30,8	437	36,2	292	24,2
4	Afrontar situaciones nuevas	97	8,0	420	34,8	488	40,4	203	16,8
5	Pocas perspectivas de ascenso/promoción	468	38,7	386	32,0	253	20,9	101	8,4
6	La muerte de los pacientes.	74	6,1	353	29,2	483	40,0	298	24,7
7	Ver morir a un paciente “especial”	27	2,2	154	12,	440	36,4	587	48,6
8	Escasez de personal	35	2,9	173	14.3	441	36,5	559	43,3
9	Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruido, poco espacio, mala iluminación, temperatura inadecuada, etc.)	73	6,0	325	26,9	420	34,8	390	32,3
10	Falta de apoyo de los superiores	77	6,4	283	23,4	420	34,8	428	35,4
11	Escasez de recursos esenciales	55	4,6	264	21,9	510	42,2	379	31,4
12	Que personal incompetente se interfiera en mi trabajo	46	3,8	214	17,7	441	36,5	507	42,0
13	Pacientes difíciles (con enfermedad complicada)	57	4,7	381	31,5	544	45,0	226	17,7
14	Los pacientes graves	51	4,2	355	29,4	550	45,5	252	20,9
15	Los pacientes que no cooperan	42	3,5	407	33,7	534	44,2	225	18,6
16	Tratar con los familiares del paciente	143	11,8	398	32,9	419	34,7	248	20,5
17	Apoyar y consolar a la familia cuando muere el paciente o ante una enfermedad terminal	122	10,1	388	32,1	424	35,1	274	22,7
18	Insatisfacción laboral	155	12,8	390	32,3	426	35,3	237	19,6
19	Excesivo compromiso emocional con mi trabajo	107	8,9	469	38,8	472	39,1	160	13,2
20	Llevarme los problemas del trabajo a casa (no desconectar)	231	19.1	461	38,2	341	28,2	175	14,5
21	Que tareas de poca importancia interfieran en mi trabajo	204	16,9	553	45,8	334	27,6	117	9,7
22	Que me requieran en varios sitios a la vez	40	3,3	260	21,5	519	43,0	389	32,2
23	Trabajar sin una planificación lógica y coherente	40	3,3	199	16,5	489	40.5	480	39,7
24	Que las decisiones y cambios que afectan en mi trabajo se tomen sin contar con mi participación	55	4,6	251	20,8	524	43,4	378	31,3
25	Recibir poco sueldo, no acorde con las responsabilidades de mi trabajo	82	6.8	316	26,2	448	37,1	362	30,0
26	Tratar con personas agresivas	46	3,8	208	17,2	395	32,7	559	46,3
27	El manejo del ordenador y programas informáticos	413	34.2	425	35,2	254	21,0	116	9,6
28	Los pacientes “histéricos”	68	5,6	367	30,4	491	40,6	282	23,3
29	Que mi trabajo sea el mismo todos los días (rutinario) y ofrezca pocas oportunidades de aprender cosas nuevas	236	19,5	582	48,2	306	25,3	84	7,0
30	Dificultad de percibir lo que los pacientes necesitan	176	14,6	534	44,2	400	33,1	98	8,1
31	Los pacientes crónicos	237	19,6	610	50.5	297	24,6	64	5.3
32	Falta de educación continuada al personal. Se ofrecen pocas posibilidades de formación	206	17,1	556	46,0	351	29,1	95	7.9

	Estresores	Grado de tensión							
		Ninguna		Leve		Moderada		Mucha	
		n	%	n	%	n	%	n	%
33	No tener a quien recurrir cuando tengo un problema (no localizar a médico o compañeros del equipo)	117	9,7	306	25,3	451	37,3	334	27,6
34	Los pacientes desobedientes (que no cumplen el tratamiento, etc.)	130	10,8	540	44,7	406	33,6	132	10,9
35	Los pacientes exigentes	56	4,6	395	32,7	497	41,1	260	21,5
36	Que surjan complicaciones en el tratamiento	61	5,0	404	33,4	545	45,1	198	16.4
37	Que fracase el tratamiento	96	7,9	463	38,3	478	39,6	171	14,2
38	Las consecuencias de mis errores para el enfermo	34	2,8	83	6,9	246	20,4	845	70,0
39	El trabajo que realizo es físicamente agotador	152	12,6	441	36,5	432	35,8	183	15,1
40	Tener que tomar decisiones drásticas en casos urgentes	65	5,4	288	23,8	450	37,3	405	33,5
41	Carecer de autonomía y libertad para realizar mi trabajo	92	7,6	370	30,6	490	40,6	256	21,2
42	No poder resolver los problemas que se me plantean	46	3,8	207	17,1	502	41,6	453	37,5
43	Los errores de otros compañeros del equipo que afecten a mis pacientes	19	1,6	202	16,7	597	49,4	390	32,3
44	No ver los frutos de mi trabajo	45	3,7	316	26,2	568	47,0	279	23,1
45	Tener que realizar muchas y variadas tareas	77	6,4	352	29,1	489	40,5	290	24,0
46	Las quejas de los pacientes (sobre el trato o servicio que reciben)	53	4,4	325	26,9	561	46,4	269	22,3
47	Los pacientes que cuestionan mi preparación, competencia o profesionalidad	85	7,0	291	24,1	442	36,6	390	32,3
48	Tener que aparentar seguridad ante los pacientes cuando no la tengo	186	15,4	465	38,5	413	34,2	144	11,9
49	Ir con retraso respecto al horario o plan de trabajo previsto	59	4,9	332	27,5	515	42,6	302	25,0
50	La excesiva responsabilidad de mi trabajo	91	7,5	387	32,0	477	39,5	253	20,9
51	Que me hagan perder el tiempo	62	5,1	356	29,5	521	43,1	269	22,3
52	Tener que dar una mala noticia	43	3,6	285	23,6	492	40,7	388	32,1
53	Que me amenacen con denunciarme	105	8.7	304	25,2	395	32,7	404	33,4
54	Que solo me digan lo que hago mal	72	6,0	266	22,0	423	35,0	447	37,0
55	Tomarme demasiado en serio mi trabajo	128	10,6	326	27,0	510	42,2	244	20.2
56	Asistir a un caso urgente	60	5,0	256	21.2	532	44,0	360	29,8
57	Los conflictos con los superiores	51	4,1	227	18,8	470	38,9	460	38,1
58	Tener que aplicar tratamientos que resultan dolorosos a los pacientes	59	4.9	373	30,9	556	46,0	220	18,2
59	Que no se valore ni se reconozca mi esfuerzo por hacer bien mi trabajo	69	5,7	329	27,2	485	40,1	325	26,9
60	Exceso de papeleo y tareas burocráticas	91	7,5	425	35,2	442	36,6	250	20,7
61	Los familiares de los pacientes exigentes y molestos	41	3,4	323	26,7	474	39,2	370	30,6
62	Que no estén claramente establecidas cuales son mis obligaciones y competencias (funciones)	69	5,7	394	32,6	498	41,2	247	20,4
63	Estar en un puesto de trabajo que no equivale a mi capacidad y preparación	198	16,4	392	32,5	401	33.2	217	18,0
64	Tener un superior incompetente	88	7.3	234	19,4	440	36,4	446	36.9
65	No poder dedicar más tiempo a aquellos pacientes que lo necesitan	36	3,0	229	19,0	553	45,8	390	32,3
66	Ver sufrir a los pacientes	13	1.1	198	16,4	499	41,3	498	41,2
67	Mi turno de trabajo	355	29,4	445	36,8	286	23,7	122	10,1

Tabla 77: Prueba de Mann-Whitney: Comparación de rangos promedios de los estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada

ELPE (Estresores Laborales del Personal de Enfermería)		**Titularidad**	**n**	**Rango promedio**	**Test de Mann-Whitney**	**Z**	**Significación**
1	Falta de tiempo para hacer las cosas	PUBLICO	899	589,03	124988,500	-2,799	0,005
		PRIVADO	309	649,51			
2	Sobrecarga trabajo	PUBLICO	899	604,41	138813,000	-,017	0,987
		PRIVADO	309	604,77			
3	Realizar tareas que no son de mi competencia	PUBLICO	899	607,25	136427,000	-,490	0,624
		PRIVADO	309	596,51			
4	Afrontar situaciones nuevas	PUBLICO	899	633,60	112736,500	-5,251	0,000
		PRIVADO	309	519,84			
5	Pocas perspectivas de promoción	PUBLICO	899	606,49	137110,500	-,356	0,722
		PRIVADO	309	598,72			
6	La muerte de los pacientes	PUBLICO	899	625,79	119753,000	-3,823	0,000
		PRIVADO	309	542,55			
7	Ver morir a un paciente "especial"	PUBLICO	899	633,91	112453,000	-5,470	0,000
		PRIVADO	309	518,93			
8	Escasez personal	PUBLICO	899	607,59	136117,000	-,570	0,569
		PRIVADO	309	595,51			
9	Condiciones físicas trabajo inadecuadas	PUBLICO	899	623,42	121883,000	-3,381	0,001
		PRIVADO	309	549,44			
10	Falta de apoyo de los superiores	PUBLICO	899	608,36	135423,000	-,692	0,489
		PRIVADO	309	593,26			
11	Escasez de recursos esenciales	PUBLICO	899	613,86	130481,000	-1,692	0,091
		PRIVADO	309	577,27			
12	Interferencias de personal incompetente	PUBLICO	899	610,93	133111,000	-1,171	0,242
		PRIVADO	309	585,78			
13	Pacientes con enfermedad complicada	PUBLICO	899	639,30	107612,500	-6,337	0,000
		PRIVADO	309	503,26			
14	Pacientes graves	PUBLICO	899	632,38	113830,500	-5,076	0,000
		PRIVADO	309	523,38			
15	Pacientes que no cooperan	PUBLICO	899	633,94	112431,500	-5,367	0,000
		PRIVADO	309	518,86			
16	Trato con familiares paciente	PUBLICO	899	636,36	110252,500	-5,669	0,000
		PRIVADO	309	511,80			
17	Apoyo a la familia cuando fallece paciente o ante enfermedad terminal	PUBLICO	899	627,78	117966,500	-4,145	0,000
		PRIVADO	309	536,77			
18	Insatisfacción laboral	PUBLICO	899	612,92	131321,500	-1,498	0,134
		PRIVADO	309	579,99			
19	Excesivo compromiso emocional con el trabajo	PUBLICO	899	617,53	127182,500	-2,362	0,018
		PRIVADO	309	566,59			
20	No desconectar. Llevar problemas a casa	PUBLICO	899	600,00	134851,000	-,801	0,423
		PRIVADO	309	617,59			
21	Nimiedades interfieren en mi trabajo	PUBLICO	899	596,08	131325,500	-1,528	0,127
		PRIVADO	309	629,00			

22	Que me requieran en varios sitios a la vez	PUBLICO	899	610,12	133841,000	-1,020	0,308
		PRIVADO	309	588,14			
23	Trabajar sin planificación lógica y coherente	PUBLICO	899	604,91	138528,000	-,075	0.941
		PRIVADO	309	603,31			
24	Decisiones sobre mi trabajo sin contar conmigo	PUBLICO	899	605,64	137870,000	-,207	0,836
		PRIVADO	309	601,18			
25	Poco sueldo frente a gran responsabilidad	PUBLICO	899	601,96	136616,500	-,453	0,650
		PRIVADO	309	611,88			
26	Trato con pacientes agresivos	PUBLICO	899	620,55	124468,500	-2,936	0,003
		PRIVADO	309	557,81			
27	Manejo de ordenador e informática	PUBLICO	899	641,33	105785,000	-6,574	0,000
		PRIVADO	309	497,35			
28	Pacientes histéricos	PUBLICO	899	639,46	107462,000	-6,291	0,000
		PRIVADO	309	502,77			
29	Rutina diaria de trabajo sin aprendizaje nuevo	PUBLICO	899	621,71	123425,500	-3,146	0,002
		PRIVADO	309	554,44			
30	No percibir necesidades del paciente	PUBLICO	899	624,89	120560,500	-3,708	0,000
		PRIVADO	309	545,16			
31	Pacientes crónicos	PUBLICO	899	634,32	112088,500	-5,500	0,000
		PRIVADO	309	517,75			
32	Pocas posibilidades de formación continuada	PUBLICO	899	615,54	128968,500	-2,009	0,045
		PRIVADO	309	572,37			
33	Falta de apoyos del equipo ante problema	PUBLICO	899	609,23	134646,500	-,842	0,400
		PRIVADO	309	590,75			
34	Pacientes desobedientes	PUBLICO	899	617,69	127037,500	-2,403	0,016
		PRIVADO	309	566,12			
35	Pacientes exigentes	PUBLICO	899	624,34	121056,500	-3,584	0,000
		PRIVADO	309	546,77			
36	Complicaciones tratamiento	PUBLICO	899	637,85	108914,500	-6,089	0,000
		PRIVADO	309	507,47			
37	Fracaso del tratamiento	PUBLICO	899	628,92	116945,500	-4,427	0,000
		PRIVADO	309	533,46			
38	Consecuencias de mis errores para el paciente	PUBLICO	899	610,50	133500,000	-1,266	0,205
		PRIVADO	309	587,04			
39	Trabajo físicamente agotador	PUBLICO	899	608,80	135034,000	-,769	0,442
		PRIVADO	309	592,00			
40	Tomar decisiones drásticas ante urgencias	PUBLICO	899	620,64	124388,000	-2,896	0,004
		PRIVADO	309	557,55			
41	Carecer de autonomía y libertad en el trabajo	PUBLICO	899	607,92	135816,500	-,615	0,538
		PRIVADO	309	594,54			
42	No poder resolver problemas planteados	PUBLICO	899	617,73	127008,000	-2,409	0,016
		PRIVADO	309	566,02			
43	Errores de otros que afectan a mis pacientes	PUBLICO	899	605,87	137659,500	-,255	0,799
		PRIVADO	309	600,50			
44	No ver los frutos del trabajo	PUBLICO	899	606,51	137090,500	-,367	0,714
		PRIVADO	309	598,66			

45	Tener que realizar múltiples y variadas tareas	PUBLICO	899	616,52	128088,000	-2,160	0,031
		PRIVADO	309	569,52			
46	Quejas de pacientes sobre el trato recibido	PUBLICO	899	615,08	129388,000	-1,928	0,054
		PRIVADO	309	573,73			
47	Los paciente que cuestionan mi preparación y competencia	PUBLICO	899	616,03	128533,500	-2,061	0,039
		PRIVADO	309	570,97			
48	Falsa seguridad ante pacientes	PUBLICO	899	624,62	120806,000	-3,609	0,000
		PRIVADO	309	545,96			
49	Ir con retraso frente a plan de trabajo	PUBLICO	899	616,79	127844,500	-2,219	0,026
		PRIVADO	309	568,74			
50	La excesiva responsabilidad del trabajo	PUBLICO	899	622,43	122777,000	-3,219	0,001
		PRIVADO	309	552,34			
51	Que me hagan perder el tiempo	PUBLICO	899	606,15	137414,500	-,298	0,766
		PRIVADO	309	599,71			
52	Tener que dar malas noticias	PUBLICO	899	632,53	113695,000	-5,060	0,000
		PRIVADO	309	522,94			
53	Que me amenacen con denunciarme	PUBLICO	899	617,19	127488,500	-2,259	0,024
		PRIVADO	309	567,58			
54	Que solo digan lo que hago mal	PUBLICO	899	605,79	137738,500	-,231	0,817
		PRIVADO	309	600,76			
55	Tomarme demasiado en serio mi trabajo	PUBLICO	899	623,05	122223,500	-3,330	0,001
		PRIVADO	309	550,55			
56	Asistir a un caso urgente	PUBLICO	899	629,90	116057,500	-4,606	0,000
		PRIVADO	309	530,59			
57	Conflictos con superiores	PUBLICO	899	611,46	132634,000	-1,262	0,207
		PRIVADO	309	584,24			
58	Tener que aplicar tratamientos dolorosos	PUBLICO	899	617,09	127579,500	-2,297	0,022
		PRIVADO	309	567,88			
59	No valoración del trabajo bien hecho	PUBLICO	899	599,74	134619,000	-,854	0,393
		PRIVADO	309	618,34			
60	Exceso de tareas burocráticas	PUBLICO	899	624,82	120631,500	-3,643	0,000
		PRIVADO	309	545,39			
61	Familiares exigentes y molestos	PUBLICO	899	625,25	120240,500	-3,734	0,000
		PRIVADO	309	544,13			
62	Indefinición de funciones	PUBLICO	899	610,05	133910,500	-1,001	0,317
		PRIVADO	309	588,37			
63	Estar en un puesto de trabajo que no equivale a mi preparación	PUBLICO	899	599,52	134417,000	-,883	0,337
		PRIVADO	309	618,99			
64	Tener un superior incompetente	PUBLICO	899	600,87	135629,500	-,653	0,514
		PRIVADO	309	615,07			
65	No poder dedicar más tiempo a los pacientes	PUBLICO	899	601,54	136233,000	-,542	0,588
		PRIVADO	309	613,12			
66	Ver sufrir al paciente	PUBLICO	899	616,27	128317,000	-2,162	0,031
		PRIVADO	309	570,27			
67	Mi turno de trabajo	PUBLICO	899	637,34	109370,500	-5,849	0,000
		PRIVADO	309	508,95			

Tabla 78: Prueba de Mann-Whitney: Comparación de rangos promedios de los estresores laborales del personal de enfermería (ELPE) entre los profesionales de nuestro estudio según su categoría profesional (enfermera y TCAE).

ELPE (Estresores Laborales del Personal de Enfermería)		**Titularidad**	**n**	**Rango promedio**	**Test de Mann-Whitney**	**Z**	**Significación**
1	Falta de tiempo para hacer las cosas	ENFERMERA	703	627,94	161027,000	-2,935	0,003
		TCAE	505	571,87			
2	Sobrecarga trabajo	ENFERMERA	703	610,67	173169,000	-,786	0,432
		TCAE	505	595,91			
3	Realizar tareas que no son de mi competencia	ENFERMERA	703	622,77	164660,500	-2,254	0,024
		TCAE	505	579,06			
4	Afrontar situaciones nuevas	ENFERMERA	703	616,07	169373,500	-1,444	0,149
		TCAE	505	588,39			
5	Pocas perspectivas de promoción	ENFERMERA	703	597,41	172523,000	-0,879	0,380
		TCAE	505	614,37			
6	La muerte de los pacientes	ENFERMERA	703	585,93	164456,000	-2,306	0,021
		TCAE	505	630,34			
7	Ver morir a un paciente "especial"	ENFERMERA	703	593,67	169894,000	-1,393	0,164
		TCAE	505	619,58			
8	Escasez personal	ENFERMERA	703	605,38	176888,000	-,112	0,911
		TCAE	505	603,27			
9	Condiciones físicas trabajo inadecuadas	ENFERMERA	703	585,02	163814,500	-2,407	0,016
		TCAE	505	631,61			
10	Falta de apoyo de los superiores	ENFERMERA	703	605,44	176845,000	-,117	0,907
		TCAE	505	603,19			
11	Escasez de recursos esenciales	ENFERMERA	703	606,00	176450,000	-,118	0,851
		TCAE	505	602,41			
12	Interferencias de personal incompetente	ENFERMERA	703	614,64	170377,500	-1,277	0,202
		TCAE	505	590,38			
13	Pacientes con enfermedad complicada	ENFERMERA	703	585,70	164291,000	-2,368	0,018
		TCAE	505	630,67			
14	Pacientes graves	ENFERMERA	703	591,49	168362,500	-1,638	0,101
		TCAE	505	622,61			
15	Pacientes que no cooperan	ENFERMERA	703	594,49	170471,500	-1,262	0,207
		TCAE	505	618,43			
16	Trato con familiares paciente	ENFERMERA	703	576,69	157960,000	-3,422	0,001
		TCAE	505	643,21			
17	Apoyo a la familia cuando fallece paciente o ante enfermedad terminal	ENFERMERA	703	571,50	154310,500	-4,064	0,000
		TCAE	505	650,43			
18	Insatisfacción laboral	ENFERMERA	703	609,34	174107,000	-,595	0,552
		TCAE	505	597,77			
19	Excesivo compromiso emocional con el trabajo	ENFERMERA	703	604,21	177302,500	-,037	0,971
		TCAE	505	604,91			
20	No desconectar. Llevar problemas a casa	ENFERMERA	703	625,04	163069,000	-2,528	0,011
		TCAE	505	575,91			
21	Nimiedades interfieren en mi trabajo	ENFERMERA	703	620,96	165937,000	-2,066	0,039
		TCAE	505	581,59			

22	Que me requieran en varios sitios a la vez	ENFERMERA TCAE	703 505	591,81 622,17	168583,000	-1,593	0,111
23	Trabajar sin planificación lógica y coherente	ENFERMERA TCAE	703 505	587,11 628,71	165281,500	-2,196	0.028
24	Decisiones sobre mi trabajo sin contar conmigo	ENFERMERA TCAE	703 505	603,05 606,52	176488,000	-,182	0,856
25	Poco sueldo frente a gran responsabilidad	ENFERMERA TCAE	703 505	580,02 638,57	160300,500	-3,026	0,002
26	Trato con pacientes agresivos	ENFERMERA TCAE	703 505	604,39 604,66	177429,000	-,014	0,989
27	Manejo de ordenador e informática	ENFERMERA TCAE	703 505	602,58 607,18	176156,000	-,237	0,812
28	Pacientes histéricos	ENFERMERA TCAE	703 505	581,08 637,11	161041,000	-2,915	0,004
29	Rutina diaria de trabajo sin aprendizaje nuevo	ENFERMERA TCAE	703 505	580,47 637,95	160617,500	-3,038	0,002
30	No percibir necesidades del paciente	ENFERMERA TCAE	703 505	589,70 625,10	167103,500	-1,861	0,063
31	Pacientes crónicos	ENFERMERA TCAE	703 505	571,06 651,06	153996,000	-4,267	0,000
32	Pocas posibilidades de formación continuada	ENFERMERA TCAE	703 505	593,42 619,93	169716,500	-1,395	0,163
33	Falta de apoyos del equipo ante problema	ENFERMERA TCAE	703 505	599,43 611,56	173941,000	-,625	0,532
34	Pacientes desobedientes	ENFERMERA TCAE	703 505	572,37 649,22	154623,500	-4,048	0,000
35	Pacientes exigentes	ENFERMERA TCAE	703 505	563,63 661,39	148776,500	-5,106	0,000
36	Complicaciones tratamiento	ENFERMERA TCAE	703 505	620,35 582,44	166366,500	-2,002	0,045
37	Fracaso del tratamiento	ENFERMERA TCAE	703 505	600,07 610,66	174395,500	-,555	0,579
38	Consecuencias de mis errores para el paciente	ENFERMERA TCAE	703 505	609,57 597,44	173940,500	-,740	0,459
39	Trabajo físicamente agotador	ENFERMERA TCAE	703 505	565,94 658,18	150400,500	-4,777	0,000
40	Tomar decisiones drásticas ante urgencias	ENFERMERA TCAE	703 505	616,15 588,28	169316,000	-1,446	0,148
41	Carecer de autonomía y libertad en el trabajo	ENFERMERA TCAE	703 505	575,79 644,47	157322,500	-3,568	0,000
42	No poder resolver problemas planteados	ENFERMERA TCAE	703 505	601,14 609,18	175145,000	-,423	0,672
43	Errores de otros que afectan a mis pacientes	ENFERMERA TCAE	703 505	588,02 627,45	165919,500	-2,113	0,035
44	No ver los frutos del trabajo	ENFERMERA TCAE	703 505	575,31 645,13	156988,500	-3,687	0,000

45	Tener que realizar múltiples y variadas tareas	ENFERMERA	703	579,53	159952,000	-3,103	0,002
		TCAE	505	639,26			
46	Quejas de pacientes sobre el trato recibido	ENFERMERA	703	579,19	159714,000	-3,191	0,001
		TCAE	505	639,73			
47	Los paciente que cuestionan mi preparación y competencia	ENFERMERA	703	581,25	161159,500	-2,877	0,004
		TCAE	505	636,87			
48	Falsa seguridad ante pacientes	ENFERMERA	703	591,30	168230,000	-1,637	0,102
		TCAE	505	622,87			
49	Ir con retraso frente a plan de trabajo	ENFERMERA	703	602,79	176307,000	-,213	0,831
		TCAE	505	606,88			
50	La excesiva responsabilidad del trabajo	ENFERMERA	703	629,50	159933,000	-3,105	0,002
		TCAE	505	569,70			
51	Que me hagan perder el tiempo	ENFERMERA	703	593,71	169922,500	-1,350	0,177
		TCAE	505	619,52			
52	Tener que dar malas noticias	ENFERMERA	703	563,74	148851,500	-5,090	0,000
		TCAE	505	661,24			
53	Que me amenacen con denunciarme	ENFERMERA	703	587,68	165686,000	-2,071	0,038
		TCAE	505	627,91			
54	Que solo digan lo que hago mal	ENFERMERA	703	582,21	161835,500	-2,769	0,006
		TCAE	505	635,53			
55	Tomarme demasiado en serio mi trabajo	ENFERMERA	703	587,11	165285,500	-2,159	0,031
		TCAE	505	628,70			
56	Asistir a un caso urgente	ENFERMERA	703	585,36	164055,500	-2,400	0,016
		TCAE	505	631,14			
57	Conflictos con superiores	ENFERMERA	703	569,41	152841,500	-4,399	0,000
		TCAE	505	653,34			
58	Tener que aplicar tratamientos dolorosos	ENFERMERA	703	578,59	159292,000	-3,271	0,001
		TCAE	505	640,57			
59	No valoración del trabajo bien hecho	ENFERMERA	703	571,59	154372,000	-4,088	0,000
		TCAE	505	650,31			
60	Exceso de tareas burocráticas	ENFERMERA	703	641,44	151539,000	-4,582	0,000
		TCAE	505	553,08			
61	Familiares exigentes y molestos	ENFERMERA	703	578,40	159162,000	-3,248	0,001
		TCAE	505	640,83			
62	Indefinición de funciones	ENFERMERA	703	576,42	157765,500	-3,506	0,000
		TCAE	505	643,59			
63	Estar en un puesto de trabajo que no equivale a mi preparación	ENFERMERA	703	584,88	163718,000	-2,405	0,016
		TCAE	505	631,81			
64	Tener un superior incompetente	ENFERMERA	703	562,22	147782,500	-5,258	0,000
		TCAE	505	663,36			
65	No poder dedicar más tiempo a los pacientes	ENFERMERA	703	581,85	161584,500	-2,865	0,004
		TCAE	505	636,03			
66	Ver sufrir al paciente	ENFERMERA	703	564,20	149178,500	-5,123	0,000
		TCAE	505	660,60			
67	Mi turno de trabajo	ENFERMERA	703	612,40	171956,500	-,973	0,331
		TCAE	505	593,51			

Tabla 79: Prueba Kruskal-Wallis: Descripción de los datos de rango promedio de los ELPE en los distintos modelos de gestión funcional.

ELPE (Estresores Laborales del Personal de Enfermería)	**Grupos gestión**	**n**	**Rango promedio**	**Chi-Cuadrado (χ^2)**	**gl**	**Significación**
1. Falta de tiempo para hacer las cosas	MG1	587	578,28	7,316	2	,026
	MG2	272	628,56			
	MG3	349	629,85			
2. Sobrecarga trabajo	MG1	587	606,96	,634	2	,728
	MG2	272	591,15			
	MG3	349	610,77			
3. Realizar tareas que no son de mi competencia	MG1	587	615,23	1,788	2	,409
	MG2	272	606,06			
	MG3	349	585,24			
4. Afrontar situaciones nuevas	MG1	587	650,66	24,627	2	,000
	MG2	272	582,43			
	MG3	349	544,07			
5. Pocas perspectivas de promoción	MG1	587	603,43	2,531	2	,282
	MG2	272	629,38			
	MG3	349	586,91			
6. La muerte de los pacientes	MG1	587	613,92	4,512	2	,105
	MG2	272	567,19			
	MG3	349	617,74			
7. Ver morir a un paciente "especial"	MG1	587	626,76	5,895	2	,052
	MG2	272	575,19			
	MG3	349	589,90			
8.-Escasez personal	MG1	587	597,15	2,258	2	,323
	MG2	272	630,28			
	MG3	349	596,77			
9. Condiciones físicas de trabajo inadecuadas	MG1	587	627,16	6,806	2	,033
	MG2	272	601,42			
	MG3	349	568,78			
10. Falta de apoyo de los superiores	MG1	587	605,78	1,497	2	,473
	MG2	272	621,60			
	MG3	349	589,03			
11. Escasez de recursos esenciales	MG1	587	592,86	4,232	2	,121
	MG2	272	640,41			
	MG3	349	596,09			
12. Interferencias de personal incompetente	MG1	587	598,09	2,929	2	,231
	MG2	272	633,91			
	MG3	349	592,37			
13. Pacientes difíciles	MG1	587	651,21	23,509	2	,000
	MG2	272	560,71			
	MG3	349	560,07			
14. Pacientes graves	MG1	587	640,30	13,895	2	,001
	MG2	272	575,04			
	MG3	349	567,24			
15. Pacientes que no cooperan	MG1	587	624,58	4,625	2	,099
	MG2	272	593,24			
	MG3	349	579,51			
16. Tratar con familiares paciente	MG1	587	649,36	30,214	2	,000
	MG2	272	608,82			
	MG3	349	525,68			
17. Apoyar y consolar a la familia cuando fallece el paciente o ante enfermedad terminal	MG1	587	632,85	9,109	2	,011
	MG2	272	563,89			
	MG3	349	588,47			
18. Insatisfacción laboral	MG1	587	605,72	2,201	2	,333
	MG2	272	625,75			
	MG3	349	585,90			
19. Excesivo compromiso emocional con el trabajo	MG1	587	624,06	4,852	2	,088
	MG2	272	599,03			
	MG3	349	575,86			

ELPE (Estresores Laborales del Personal de Enfermería)	**Grupos gestión**	**n**	**Rango promedio**	**Chi-Cuadrado (χ^2)**	**gl**	**Significación**
20. No desconectar. Llevar problemas a casa	MG1	587	609,92	,396	2	,820
	MG2	272	594,74			
	MG3	349	603,00			
21. Que tareas de poca importancia interfieran en mi trabajo	MG1	587	583,63	8,519	2	,014
	MG2	272	595,04			
	MG3	349	646,97			
22. Que me requieran en varios sitios a la vez	MG1	587	609,57	2,712	2	,258
	MG2	272	622,90			
	MG3	349	581,64			
23. Trabajar sin planificación lógica y coherente	MG1	587	606,87	,141	2	,932
	MG2	272	606,42			
	MG3	349	599,01			
24. Decisiones sobre mi trabajo sin contar conmigo	MG1	587	605,32	,435	2	,805
	MG2	272	613,44			
	MG3	349	596,15			
25. Poco sueldo frente a gran responsabilidad	MG1	587	570,68	11,874	2	,003
	MG2	272	636,94			
	MG3	349	636,10			
26. Trato con pacientes agresivos	MG1	587	606,34	2,627	2	,269
	MG2	272	626,44			
	MG3	349	584,31			
27. Manejo de ordenador e informática	MG1	587	680,75	60,423	2	,000
	MG2	272	525,15			
	MG3	349	538,09			
28. Pacientes histéricos	MG1	587	628,63	10,449	2	,005
	MG2	272	612,84			
	MG3	349	557,42			
29. Rutina diaria de trabajo sin aprendizaje nuevo	MG1	587	613,40	1,377	2	,502
	MG2	272	606,68			
	MG3	349	587,83			
30 No percibir necesidades del paciente	MG1	587	624,55	4,350	2	,114
	MG2	272	582,78			
	MG3	349	587,71			
31. Pacientes crónicos	MG1	587	641,30	15,466	2	,000
	MG2	272	559,40			
	MG3	349	577,76			
32. Pocas posibilidades de formación continuada	MG1	587	611,29	3,501	2	,174
	MG2	272	623,76			
	MG3	349	578,07			
33. Falta de apoyos del equipo ante problema	MG1	587	601,71	,862	2	,650
	MG2	272	620,51			
	MG3	349	596,71			
34. Pacientes desobedientes	MG1	587	605,33	2,414	2	,299
	MG2	272	626,67			
	MG3	349	585,83			
35. Pacientes exigentes	MG1	587	616,94	5,706	2	,058
	MG2	272	622,82			
	MG3	349	569,29			
36. Que surjan complicaciones en el tratamiento	MG1	587	632,78	10,171	2	,006
	MG2	272	559,63			
	MG3	349	591,92			
37. Fracaso del tratamiento	MG1	587	617,28	1,762	2	,414
	MG2	272	590,51			
	MG3	349	593,90			
38 Consecuencias de mis errores para el paciente	MG1	587	592,83	2,176	2	,337
	MG2	272	621,35			
	MG3	349	611,00			
39. Trabajo físicamente agotador	MG1	587	610,16	2,646	2	,266
	MG2	272	576,27			
	MG3	349	616,98			

ELPE (Estresores Laborales del Personal de Enfermería)	**Grupos gestión**	**n**	**Rango promedio**	**Chi-Cuadrado (χ^2)**	**gl**	**Significación**
40. Tener que tomar decisiones drásticas en casos urgentes	MG1	587	632,44	8,323	2	,016
	MG2	272	584,01			
	MG3	349	573,47			
41. Carecer de autonomía y libertad en el trabajo	MG1	587	591,20	1,858	2	,395
	MG2	272	616,26			
	MG3	349	617,70			
42. No poder resolver problemas planteados	MG1	587	601,18	,132	2	,936
	MG2	272	609,35			
	MG3	349	606,30			
43. Errores de otros que afectan a mis pacientes	MG1	587	593,58	4,488	2	,106
	MG2	272	640,66			
	MG3	349	594,68			
44. No ver los frutos del trabajo	MG1	587	593,20	1,539	2	,463
	MG2	272	609,36			
	MG3	349	619,72			
45. Tener que realizar múltiples y variadas tareas	MG1	587	618,83	3,482	2	,175
	MG2	272	608,26			
	MG3	349	577,47			
46. Quejas de pacientes sobre el trato recibido	MG1	587	624,91	4,553	2	,103
	MG2	272	588,77			
	MG3	349	582,44			
47. Los paciente que cuestionan mi preparación y competencia	MG1	587	615,71	4,376	2	,112
	MG2	272	620,30			
	MG3	349	573,33			
48. Tener que aparentar seguridad ante los pacientes	MG1	587	627,78	6,418	2	,040
	MG2	272	569,45			
	MG3	349	592,66			
49. Ir con retraso frente a plan de trabajo	MG1	587	607,74	,998	2	,607
	MG2	272	615,49			
	MG3	349	590,48			
50. La excesiva responsabilidad del trabajo	MG1	587	623,73	4,995	2	,082
	MG2	272	602,21			
	MG3	349	573,93			
51. Que me hagan perder el tiempo	MG1	587	601,27	,430	2	,807
	MG2	272	615,97			
	MG3	349	600,99			
52. Tener que dar malas noticias	MG1	587	621,07	3,049	2	,218
	MG2	272	594,49			
	MG3	349	584,44			
53. Que me amenacen con denunciarme	MG1	587	625,80	6,790	2	,034
	MG2	272	606,40			
	MG3	349	567,20			
54. Que solo digan lo que hago mal	MG1	587	618,40	2,067	2	,356
	MG2	272	594,49			
	MG3	349	588,93			
55. Tomarme demasiado en serio mi trabajo	MG1	587	628,95	12,421	2	,002
	MG2	272	618,64			
	MG3	349	552,36			
56. Asistir a un caso urgente	MG1	587	642,90	20,286	2	,000
	MG2	272	599,88			
	MG3	349	543,52			
57. Conflictos con superiores	MG1	587	614,22	1,810	2	,405
	MG2	272	608,63			
	MG3	349	584,94			
58. Tener que aplicar tratamientos dolorosos	MG1	587	609,14	,635	2	,728
	MG2	272	609,48			
	MG3	349	592,82			
59. No valoración del trabajo bien hecho	MG1	587	608,07	1,320	2	,517
	MG2	272	617,47			
	MG3	349	588,39			

ELPE (Estresores Laborales del Personal de Enfermería)	**Grupos gestión**	**n**	**Rango promedio**	**Chi-Cuadrado (χ^2)**	**gl**	**Significación**
60. Exceso de tareas burocráticas	MG1	587	605,86	,649	2	,723
	MG2	272	615,13			
	MG3	349	593,92			
61. Los familiares de los pacientes exigentes y molestos	MG1	587	648,16	21,427	2	,000
	MG2	272	580,73			
	MG3	349	549,58			
62. Que no estén definidas cuales son mis obligaciones y competencias (funciones)	MG1	587	630,32	7,063	2	,029
	MG2	272	581,45			
	MG3	349	579,04			
63. Estar en un puesto de trabajo que no equivale a mi preparación	MG1	587	586,29	3,465	2	,177
	MG2	272	626,04			
	MG3	349	618,34			
64. Tener un superior incompetente	MG1	587	598,94	,850	2	,654
	MG2	272	620,63			
	MG3	349	601,28			
65. No poder dedicar más tiempo a los pacientes	MG1	587	597,72	1,624	2	,444
	MG2	272	595,28			
	MG3	349	623,09			
66. Ver sufrir al paciente	MG1	587	611,24	1,082	2	,582
	MG2	272	586,93			
	MG3	349	606,86			
67. Mi turno de trabajo	MG1	587	658,31	37,717	2	,000
	MG2	272	596,08			
	MG3	349	520,55			

Tabla 80: Descripción de los datos de rango promedio de las dimensiones psicosociales y de satisfacción laboral por centros. (Prueba de Kruskal-Wallis)

DIMENSIÓN	CENTRO	n	Rango promedio	DIMENSIÓN	CENTRO	n	Rango promedio
ST	P1	113	580,08	**DP**	P1	113	526,22
	P2	160	589,74		P2	160	645,80
	P3	107	626,82		P3	107	538,69
	P4	141	541,72		P4	141	530,28
	P5	80	644,33		P5	80	653,94
	P6	128	571,03		P6	128	608,45
	P7	105	575,42		P7	105	680,30
	P8	65	597,22		P8	65	648,82
	PRV1	45	660,50		PRV1	45	620,10
	PRV2	45	723,81		PRV2	45	637,09
	PRV3	40	602,49		PRV3	40	825,14
	PRV4	42	670,86		PRV4	42	576,17
	PRV5	56	622,05		PRV5	56	573,32
	PRV6	81	661,67		PRV6	81	559,86
CR	P1	113	632,12	**CL**	P1	113	582,14
	P2	160	578,81		P2	160	578,67
	P3	107	602,35		P3	107	687,48
	P4	141	537,88		P4	141	622,89
	P5	80	656,41		P5	80	497,32
	P6	128	562,84		P6	128	671,83
	P7	105	565,35		P7	105	613,83
	P8	65	649,01		P8	65	717,33
	PRV1	45	540,86		PRV1	45	485,10
	PRV2	45	607,32		PRV2	45	708,28
	PRV3	40	631,59		PRV3	40	309,86
	PRV4	42	699,33		PRV4	42	641,35
	PRV5	56	693,29		PRV5	56	537,97
	PRV6	81	674,98		PRV6	81	622,98
IE	P1	113	598,40	**SG**	P1	113	616,63
	P2	160	620,48		P2	160	518,28
	P3	107	673,46		P3	107	675,82
	P4	141	566,51		P4	141	503,12
	P5	80	598,76		P5	80	597,78
	P6	128	602,53		P6	128	548,52
	P7	105	506,62		P7	105	593,01
	P8	65	557,15		P8	65	652,48
	PRV1	45	637,81		PRV1	45	583,52
	PRV2	45	703,48		PRV2	45	796,89
	PRV3	40	472,56		PRV3	40	657,76
	PRV4	42	754,32		PRV4	42	709,32
	PRV5	56	568,73		PRV5	56	755,49
	PRV6	81	668,86		PRV6	81	631,36

ASC	P1	113	619,62	**EST**	P1	113	562,77
	P2	160	530,52		P2	160	519,38
	P3	107	679,33		P3	107	653,38
	P4	141	487,29		P4	141	575,67
	P5	80	678,88		P5	80	618,89
	P6	128	512,94		P6	128	592,53
	P7	105	623,41		P7	105	619,78
	P8	65	620,73		P8	65	618,12
	PRV1	45	586,61		PRV1	45	593,07
	PRV2	45	756,54		PRV2	45	810,00
	PRV3	40	694,78		PRV3	40	421,05
	PRV4	42	622,46		PRV4	42	646,36
	PRV5	56	716,38		PRV5	56	699,99
	PRV6	81	662,63		PRV6	81	685,49
ASS	P1	113	642,40	**SAT**	P1	113	607,92
	P2	160	576,78		P2	160	571,62
	P3	107	671,18		P3	107	629,08
	P4	141	552,40		P4	141	510,62
	P5	80	510,57		P5	80	611,01
	P6	128	695,13		P6	128	626,75
	P7	105	634,05		P7	105	532,37
	P8	65	668,46		P8	65	638,33
	PRV1	45	378,91		PRV1	45	543,98
	PRV2	45	646,54		PRV2	45	775,50
	PRV3	40	482,70		PRV3	40	579,04
	PRV4	42	671,62		PRV4	42	852,99
	PRV5	56	550,30		PRV5	56	692,99
	PRV6	81	633,72		PRV6	81	581,56

Tabla 81: Descripción de los datos de rango promedio de los ítems que componen las dimensiones psicosociales según los distintos modelos de gestión funcional (prueba de Kruskal-Wallis).

Factores de riesgo psicosocial	Modelo de Gestión	n	Rango promedio
1. ¿Tienen sentido las tareas que realizas en tu trabajo?	MG1	587	574,92
	MG2	272	613,60
	MG3	349	647,15
2. ¿Las tareas/actividades que haces te parecen importantes?	MG1	587	594,01
	MG2	272	638,73
	MG3	349	595,47
3. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	MG1	587	577,36
	MG2	272	656,51
	MG3	349	609,60
4. ¿Sabes exactamente que margen de autonomía tienes en tu trabajo?	MG1	587	578,13
	MG2	272	620,10
	MG3	349	636,70
5. ¿Tu trabajo tiene objetivos claros?	MG1	587	574,52
	MG2	272	617,01
	MG3	349	645,18
6. ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	MG1	587	597,36
	MG2	272	607,53
	MG3	349	614,14
7. ¿Sabes exactamente que se espera de ti en el trabajo?	MG1	587	577,04
	MG2	272	630,39
	MG3	349	630,50
8. ¿Te gustaría trabajar toda tu vida laboral en el centro actual?	MG1	587	625,19
	MG2	272	562,72
	MG3	349	602,26
9. ¿Hablas con entusiasmo de tu Centro a otras personas?	MG1	587	588,68
	MG2	272	653,37
	MG3	349	593,02
10. ¿Sientes que los problemas de tu Centro son también tuyos?	MG1	587	598,98
	MG2	272	629,64
	MG3	349	594,19
11. ¿Sientes que tu Centro tiene una gran importancia para ti?	MG1	587	596,14
	MG2	272	626,29
	MG3	349	601,58
12. ¿Respetas y apoyas la misión, objetivos y valores del Centro en el que trabajas?	MG1	587	586,96
	MG2	272	647,66
	MG3	349	600,37
13. ¿Hablas con tus compañeras/os sobre como realizas tu trabajo?	MG1	587	570,46
	MG2	272	664,32
	MG3	349	615,13
14. ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras/os?	MG1	587	554,73
	MG2	272	667,04
	MG3	349	639,47
15. ¿Tus compañeras/os están dispuestos a escuchar tus problemas en el trabajo?	MG1	587	533,17
	MG2	272	689,33
	MG3	349	658,36
16. ¿Hablas con tu supervisor/a sobre como realizas tu trabajo?	MG1	587	608,27
	MG2	272	602,10
	MG3	349	600,03
17. ¿Recibes ayuda y apoyo de tu supervisor/a?	MG1	587	597,08
	MG2	272	583,36
	MG3	349	633,45
18. ¿Tu supervisor/a escucha tus problemas en el trabajo?	MG1	587	586,08
	MG2	272	592,22
	MG3	349	645,06

19. ¿Tu trabajo te permite conciliar la vida familiar y laboral?	MG1	587	601,56
	MG2	272	568,64
	MG3	349	637,39
20. Cuando estás en el trabajo ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	MG1	587	593,57
	MG2	272	634,83
	MG3	349	599,24
21. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en casa cuando estás en el trabajo?	MG1	587	581,54
	MG2	272	616,64
	MG3	349	633,65
22. Tus jefes/as ¿se aseguran de que todos los profesionales tienen iguales oportunidades de desarrollo profesional?	MG1	587	585,64
	MG2	272	620,43
	MG3	349	623,81
23. La supervisión ¿da una gran prioridad a que los profesionales del equipo de enfermería estén a gusto en el trabajo?	MG1	587	616,02
	MG2	272	576,98
	MG3	349	606,57
24. La supervisión ¿planifica bien el trabajo?	MG1	587	608,80
	MG2	272	581,21
	MG3	349	615,43
25. La supervisión ¿asigna bien el trabajo?	MG1	587	610,62
	MG2	272	578,39
	MG3	349	614,55
26. La supervisión o mando inmediato ¿resuelve bien los conflictos, de forma dialogante y motivadora?	MG1	587	598,71
	MG2	272	584,34
	MG3	349	629,94
27. La supervisión ¿se comunica bien con los profesionales del equipo?	MG1	587	598,40
	MG2	272	564,87
	MG3	349	645,65
28. ¿Tienes buenas relaciones y buen ambiente de trabajo con tus compañeros/as?	MG1	587	565,94
	MG2	272	626,21
	MG3	349	652,43
29. ¿Os ayudáis en el trabajo entre compañeros/as?	MG1	587	560,66
	MG2	272	652,86
	MG3	349	640,54
30. En tu unidad de trabajo ¿sientes que se trabaje en equipo?	MG1	587	546,36
	MG2	272	685,63
	MG3	349	639,06
31. Mi Centro y mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.	MG1	587	592,90
	MG2	272	609,19
	MG3	349	620,36
32. Mis compañeros de trabajo me dan el reconocimiento que merezco.	MG1	587	544,71
	MG2	272	652,57
	MG3	349	667,60
33. En las situaciones difíciles del trabajo recibo el apoyo necesario.	MG1	587	567,23
	MG2	272	620,41
	MG3	349	654,78
34. En mi trabajo me tratan justamente	MG1	587	585,47
	MG2	272	621,46
	MG3	349	623,30