



**TESIS DOCTORAL**

UNIVERSIDAD DE  
**MURCIA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN  
PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO INDICADORES  
SUBJETIVOS DE RENDIMIENTO DESDE EL ENFOQUE DE  
LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.**

Presentada por:

Dña. M<sup>a</sup> José López Montesinos

Dirigida por:

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández

Dr. D. Mariano García-Izquierdo

Murcia, 2009

## ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
<b>0.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....</b>	<b>11</b>
<b>I.-MARCO TEÓRICO. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>29</b>
1.-Análisis previo de potenciales factores desencadenantes de consecuencias psicosociales en el trabajo. ....	31
1.1.-Entorno laboral.....	32
1.2.-Gestión del cambio organizacional y uso de nuevas tecnología.....	36
1.3.-Burocracia organizacional.....	38
1.4.-Capacidad en la toma de decisiones.....	39
1.5.-La relación con los superiores .....	40
1.6.-El hostigamiento psicológico .....	41
1.7.-Los procesos de intercambio social en el trabajo .....	45
2.-El estrés como marco de las consecuencias psicosociales de riesgo en el trabajo .....	47
2.1.-Conceptualización del estrés .....	50
2.2.-Modelos .....	52
2.3.-Predictores del estrés .....	56
2.4.-Consecuencias y repercusión del estrés .....	63
2.5.-Afrontamiento del estrés .....	67
2.6.-Medida del estrés .....	68

3.-La Satisfacción Laboral como consecuencia psicosocial del trabajo.....	71
3.1.-Conceptualización y Modelos de satisfacción laboral .....	72
3.2.-Predictores de las alteraciones de satisfacción laboral .....	78
3.3.-Medida de satisfacción laboral .....	81
4.-El Burnout como consecuencia psicosocial del trabajo.....	83
4.1.-Conceptualización del burnout .....	84
4.2.-Burnout. Modelos .....	91
4.3.-Predictores del burnout .....	94
4.4.-Consecuencias y repercusión del burnout.....	98
4.5.-Medida del burnout .....	102
5.-El Bienestar Psicológico como consecuencia psicosocial del trabajo. Variables relacionadas .....	107
5.1.-Medida del bienestar psicológico .....	112
6.-Los Trastornos del Sueño como consecuencia psicosocial del trabajo. Variables relacionadas .....	115
<b>II.-MARCO EMPÍRICO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>121</b>
1.-Objetivos de la investigación.....	123
2.-Supuestos de trabajo.....	124
3.-Población, procedencia y características de la muestra .....	125
3.1.-Procedencia de la muestra .....	126
3.2.-Características de la muestra. Variables sociodemográficas...127	
3.2.1.-Edad.....	127

3.2.2.-Género .....	128
3.2.3.-Estado civil.....	129
3.3.-Características de la muestra. Variables sociolaborales.....	130
4.-Cuestionarios de variables psicosociales .....	131
4.1.-Satisfacción laboral .....	131
4.2.-Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) .....	132
4.3.-Síntomas psicósomáticos asociados al estrés .....	133
4.4.-Burnout (MBI-GS) .....	133
4.5.-Bienestar psicológico (GHQ-28).....	135
5.-Procedimiento de recogida y análisis de datos.....	136
<b>III.- RESULTADOS DEL ESTUDIO DE VARIABLES. ....</b>	<b>141</b>
<b>Resultados (apartado 1º)</b>	
1.-Variables sociolaborales .....	145
1.1.-Antigüedad en el puesto.....	145
1.2.-Antigüedad en la empresa.....	147
1.3.-Tipo de contrato.....	149
1.4.-Tipo de horario .....	150
1.5.-Tipo de jornada.....	152
1.6.-Trabajo por turnos.....	153
1.7.-Realización de guardias .....	155
1.8.-Realiza actividades de formación continuada .....	156
1.9.-Actividades de formación: cursos, asistencia a congresos, sesiones de actualización, sesiones clínicas y otros .....	157
1.10.-Bajas producidas en los últimos 12 meses. Motivos y duración de las bajas.....	161

2.-Indicadores psicosociales de la salud y el bienestar en trabajadores de enfermería .....	165
2.1.-Satisfacción laboral.....	165
2.1.1.-Satisfacción laboral con la supervisión .....	165
2.1.2.-Satisfacción laboral con el ambiente físico .....	167
2.1.3.-Satisfacción laboral con las prestaciones percibidas ...	168
2.1.4.-Satisfacción total.....	170
2.1.5.-Análisis factorial del cuestionario de satisfacción laboral.....	171
2.2.-Trastornos del sueño .....	172
2.3.-Sintomatología psicosomática asociada al estrés .....	173
2.4.-Burnout. Cuestionario MBI-GS.....	175
2.4.1.-Dimensión “eficacia profesional”.....	175
2.4.2.-Dimensión “agotamiento emocional” .....	177
2.4.3.-Dimensión “cinismo” .....	178
2.4.4.-Resultados del cuestionario MBI-GS total (Burnout) ...	180
2.4.5.-Análisis factorial del cuestionario Burnout .....	181
2.5.-Bienestar psicológico .....	182
2.5.1.-Dimensión “síntomas somáticos” .....	182
2.5.2.-Dimensión “angustia/insomnio” .....	184
2.5.3.-Dimensión “disfunción social” .....	185
2.5.4.-Dimensión “depresión grave” .....	186
2.5.5.-“Bienestar psicológico “escala global” .....	188
2.5.6.-Análisis factorial cuestionario bienestar psicológico ....	190
2.6.-Correlación entre las variables psicosociales .....	190

## **Resultados (apartado 2º)**

3.-Variables sociodemográficas y sociolaborales relacionadas con los indicadores psicosociales.....	192
3.1.-Estado civil.....	193

3.2.-Tipo de horario .....	196
3.3.-Tipo de jornada.....	199
3.4.-Tipo de contrato.....	200
3.5.-Trabaja a turnos .....	202
3.6.-Género.....	203
3.7.-Realiza guardias .....	204
3.8.-Acceso a formación continuada.....	205
3.9.-Correlación de variables cuantitativas demográficas y sociolaborales (edad, antigüedad en el puesto y antigüedad en la empresa) con variables psicosociales .....	207
 <b>Resultados (apartado 3º)</b>	
4.-Perfiles de salud psicosocial en trabajadores de enfermería y relación con las variables demográficas y sociolaborales .....	211
4.1.-Análisis de los subgrupos, o agrupaciones, que integran la muestra .....	212
4.2.-Características sociodemográficas y sociolaborales en los subgrupos propuestos.....	218
 <b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>227</b>
 <b>1.-DISCUSIÓN.....</b>	<b>227</b>
1.1.-Sobre características sociolaborales y demográficas de la muestra y su relación con variables psicosociales .....	231
1.2.- Sobre variables psicosociales en los participantes del estudio.....	240
1.2.1.- Satisfacción Laboral .....	240
1.2.2. -Trastornos del sueño .....	253
1.2.3.- Síntomas Psicosomáticos asociados al estrés .....	256
1.2.4.- Burnout .....	262

1.2.5.- Bienestar Psicológico .....	270
1.3.-Sobre perfiles de salud en las agrupaciones o subgrupos que integran la muestra, e implicaciones para la intervención.....	278
1.4.- Sobre la ratio enfermera-paciente y la repercusión en la seguridad del paciente, como futura línea de investigación.....	284
<b>2.-CONCLUSIONES.....</b>	<b>291</b>
2.1.-Respecto a las características sociolaborales y sociodemográficas de la muestra.....	291
2.2.-Relacionadas con la descripción de las características psicológicas de la muestra, correlación que se establece entre ellas y asociación con el resto de variables .....	294
2.3.-Referidas a los perfiles de salud en las agrupaciones o subgrupos que integran la muestra, según las características psicológicas de los sujetos, y su relación con las características sociodemográficas y sociolaborales.....	305
2.4.-Conclusiones finales .....	308
<b>V-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>313</b>
<b>VI.-ANEXOS.....</b>	<b>375</b>
<b>Anexo I.</b> Estadísticos, tablas y gráficos de variables sociodemográficas y sociolaborales.....	378
<b>Anexo II.</b> 1.-Puntuaciones e interpretación de los datos de las variables psicosociales. Análisis factorial de la variables Satisfacción Laboral, Burnout y Bienestar Psicológico.....	387

**Anexo III.**

1.-Resultados de la correlación entre las variables psicosociales y entre estas y el resto de variables sociolaborales y sociodemográficas.....433

**Anexo IV.**

1.-Tablas de resultados de los perfiles de salud en las agrupaciones, o subgrupos, que integran la muestra ..... 439

**Anexo V.**

1.- Cuestionarios del Protocolo de Salud Laboral. .... 453

**TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.-**

*Pág.*

**Introducción y justificación**.....11

Tabla 1.- Modelo de Auditoría del Sistema Humano (ASH)..... 16

Tabla 2.- Set de buenas prácticas para seguridad del paciente.....24

Tabla 3.- Asociación entre plantilla de enfermeras y efectos adversos..... 26

**I.- Marco Teórico**.....29

Figura 1.- Contexto social y de la organización. Diseño y gestión del trabajo ..... 58

**II.- Marco Empírico**.....121

Gráfico 1.- Procedencia de la muestra.....126

Gráfico 2.- Recuento edad.....128

Gráfico 2.1.- Frecuencia edad.....128

Gráfico 3.- Género.....128

Gráfico 4.- Estado Civil.....129

**III.- Resultados. (apartado 1º)**

Gráfico 1.- Antigüedad en el puesto - género.....146  
Tabla 1.- Antigüedad en el puesto – género.....146  
Gráfico 2.- Antigüedad en la empresa - género.....148  
Tabla 2.- Antigüedad en la empresa – género.....148  
Gráfico 3.- Tipo de contrato - género .....150  
Tabla 3.- Tipo de contrato – género.....150  
Gráfico 3.1.- Tipo de horario - género.....151  
Tabla 4.- Tipo de horario – género.....151  
Gráfico 3.2.- Tipo de jornada - género.....153  
Tabla 5.- Tipo de jornada – género.....153  
Gráfico 4.- Trabajo a turnos - género.....154  
Tabla 6.- Trabajo a turnos – género.....154  
Gráfico 5.- Realiza guardias - género.....155  
Tabla 7.- Realiza guardias – género.....156  
Gráfico 6.- Realiza actividades de formación – género.....157  
Tabla 8.- Realiza actividades de formación – género.....157  
Gráfico 7.- Asistencia a cursos de formación – género.....158  
Gráfico 8.- Asistencia a congresos- género.....158  
Tabla 9.- Asistencia a cursos de formación – género.....159  
Tabla 10.- Asistencia a congresos- género.....159  
Gráfico 9.- Asistencia a sesiones de actualización- género.....160  
Tabla 11.- Asistencia a sesiones de actualización- género.....160  
Gráfico 10.- Asistencia a sesiones clínicas-género.....160  
Tabla 12.- Asistencia a sesiones clínicas-género.....161  
Gráfico 11.- Bajas en últimos doce meses – género..... 161  
Tabla 13.- Bajas en últimos doce meses – género.....162  
Gráfico 12.- Motivos de baja laboral.....163  
Tabla 14.- Duración 1ª baja.....164

Gráfico 13.- Duración 1ª baja.....	164
Gráfico 14.- Satisfacción con la supervisión.....	167
Gráfico 15.- Satisfacción con el ambiente.....	168
Gráfico 16.- Satisfacción con las prestaciones.....	169
Gráfico 17.- Satisfacción Total.....	170
Tabla 15.- Estadísticos Satisfacción Total y dimensiones.....	171
Gráfico 18.- Somnolencia.....	173
Gráfico 19.- Síntomas psicósomáticos.....	174
Gráfico 20.- Burnout – eficacia profesional.....	177
Gráfico 21.- Burnout – agotamiento emocional.....	178
Gráfico 22.- Burnout – cinismo.....	179
Gráfico 23.- Burnout Total.....	181
Gráfico 24.- Bienestar Psicol. Síntomas somáticos.....	183
Gráfico 25.- Bienestar Psicol. Angustia-insomnio.....	184
Gráfico 26.- Bienestar Psicol. Disfunción social.....	185
Gráfico 27.- Bienestar Psicol. Depresión grave.....	187
Gráfico 28.- Bienestar Psicológico GHQ Total.....	188
Tabla 16.- Bienestar psicológico.....	189
Tabla 17.- Correlaciones variables psicosociales.....	192
<b>III.- Resultados (apartado 2º).....</b>	<b>192</b>
Tabla 18.- Variables psicosociales - Estado civil.....	194
Gráficos 29, 30, 31, 32 y 33.- Variables psicós. – Estado civil.....	195
Tabla 19.- Variables psicosociales – Tipo horario.....	197
Tabla 19.1.- Prueba Tukey – satisfacción.....	198
Gráficos 34, 35, 36, 37 y 38.- Variables psicós.- Tipo horario.....	198
Tabla 20.- Variables psicós. – Tipo jornada.....	199
Tabla 21.- Variables psicós. – Tipo contrato.....	201
Gráficos 39, 40, 41, 42 y 43.- Variables psicós. – Tipo contrato.....	202
Tabla 22.- Variables psicós. –Trabajo a turnos.....	203
Tabla 23.- Variables psicós. - Género.....	204

Tabla 24.- Variables psicós. – Realiza guardias.....	205
Tabla 25- Variables psicós. – Formación continuada.....	206
Tabla 26.- Satisfacción: Antigüedad en la empresa, antigüedad en el puesto, edad.....	207
Gráficos 44, 45, 46 y 47 y 48.-Variables psicosociales y antig. en el Puesto.....	209
Gráficos 49 y 50.-Variables psicosociales y antigüedad en la empresa.....	210
Gráficos 51, 52 y 53.-Variables psicosociales y antigüedad en la empresa.....	211
<b>III.- Resultados (apartado 3°)</b> .....	211
Gráfico 54.- Variables psicosociales y agrupación de conglomerados.....	213
Tabla 27.- Agrupaciones conglomerados – variables psicós.....	214
Tabla 28.- Conglomerados- variables psicosociales .....	214
Tabla 29.- Asociación variables sociolaborales y demográficas cualitativas -agrupaciones .....	219
Tabla 30.- Asociación variables sociolaborales y demográficas cualitativas –agrupaciones.....	220
Tabla 31.- Asociación variables sociolaborales y demográficas cualitativas –agrupaciones.....	221
Tabla 32.- Agrupación conglomerados – variables cuantitativas.....	222
Tabla 33.- Agrupaciones conglomerados – bajas.....	225
<b>IV.- Discusión</b> .-.....	227
Tabla 1.- Asociación variables psicosociales-variables sociodem. y sociolaborales.....	239

## **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**



## **INTRODUCCIÓN**

La gestión de los recursos humanos resulta imprescindible por su utilidad en toda organización. Es aplicable directamente sobre las personas, o de forma indirecta, a través de los puestos de trabajo que desempeñan o de los programas en que se encuentran incluidas las actividades que han de realizar.

La organización sanitaria constituye un sistema abierto que establece una continua relación entre la estructura de la organización, los objetivos, las personas, el medio y los recursos, adaptándose a las necesidades sociales que demandan bienestar y calidad de vida. En enfermería esta apertura a su entorno requiere de una atención al factor humano, destinado a la prestación de cuidados de salud al individuo, familia y comunidad. (Odiorne, 1990)

La empresa sanitaria no aplica un modelo estandarizado en el proceso de gestión de recursos humanos. Dicha gestión se condiciona al tipo de sistema organizativo utilizado, tecnología aplicada, políticas de actuación, filosofía de trabajo, recursos existentes, finalidad y funciones del personal (Raventos, 2004), y políticas de recursos humanos que orientan su gestión y guían sus acciones, de acuerdo al nivel de atención sanitaria que presta a la comunidad y servicios sociosanitarios que oferta.

Es por ello que se hace cada vez más necesario en las organizaciones de servicios, la propuesta de un modelo teórico que nos permita identificar y diagnosticar el capital humano que tenemos en una organización y los resultados de su trabajo.

El Modelo de Auditoría del Sistema Humano (ASH), o Análisis del Sistema Humano (Quijano, 2008), propone un modelo sistémico que incluye el denominado Modelo Teórico de Comportamiento Organizativo, con unos Instrumentos de Evaluación de las dimensiones de la organización y del comportamiento humano, y un Sistema de Control de Gestión que permite evaluar el estado de los recursos humanos y nos orienta en las estrategias de intervención para la mejora de la calidad y resultados de las actividades.

El citado modelo relaciona entre sí sus diferentes áreas y dimensiones organizativas, e incluye, como parte de la organización, los procesos psicosociales que puede sufrir el trabajador como factores influyentes en sus rendimientos y resultado de su trabajo (Quijano 2008).

En el desarrollo de nuestra investigación, partiendo de disciplinas como la Psicología Social y la Enfermería, analizamos las consecuencias psicosociales (estrés, burnout, síntomas psicossomáticos, somnolencia, niveles de satisfacción laboral y bienestar psicológico) que sufre el personal de enfermería que desempeña su actividad en los hospitales de la Comunidad Autónoma de Murcia, como indicadores subjetivos de rendimiento desde la perspectiva de gestión de los recursos humanos, según el Modelo Teórico de Comportamiento Organizativo (Quijano, 2008), y su asociación con las variables sociodemográficas y sociolaborales incluidas en el estudio.

Fundamentándonos en este Modelo de Auditoría del Sistema Humano (ASH), asociamos el comportamiento del trabajador con elementos relacionados con el entorno, la propia organización y sus estrategias para alcanzar óptimos resultados (tabla I).

Tabla 1.-

ASH-MODELO					
Entorno					
Organización					
Estrategia	Diseño	Procesos Psicológicos y Psicosociales	Resultados		
			Calidad de los RR HH	Efectividad Organizativa	
Visión y misión (Valores)	Gestión y desarrollo de RR HH Selección Formación Retribución Ev. del rendimiento	<b>Psicosociales</b> <i>Liderazgo</i> <i>Cultura</i> <i>Participación</i> <i>Visión compartida</i>	Clima Organizacional	Crit. económicos Crit. sociales Crit. ambientales	
				<i>Desarrollo grupal</i>	<i>Cualidades del grupo para el rendimiento y la innovación</i>
Objetivos generales	<b>TECNOLOGÍAS ORGANIZATIVAS</b> Identificación de potenciales y planes de carrera Comunicación Prevención de riesgos y salud laboral	<b>Procesos Psicológicos que contribuyen a:</b> La motivación: <i>Autoeficacia</i> <i>Equidad</i> <i>Conciencia de resultados</i> <i>Responsabilidad de resultados</i> <i>Significado percibido</i> <i>Necesidades activadas e instrumentalidad</i>	Competencias <i>Motivación</i> <i>Identificación y compromiso</i> <i>Actitud hacia el cambio</i>	Trabajo bien hecho/desempeño Resultados/objetivos conseguidos Accidentabilidad Absentismo	
Objetivos específicos				<b>Potencial Motivador del Puesto</b> <i>Autonomía</i> <i>Identificación de autoría</i> <i>Feedback</i> <i>Importancia de las tareas</i> <i>Variedad de tareas</i>	<i>Estrés, activación, burn-out y equilibrio vida-trabajo</i> <i>Satisfacción laboral</i>
Planes de acción		La activación, el estrés y el burn-out: <i>Conflicto de rol</i> <i>Claridad de rol</i> <i>Sobrecarga de trabajo</i> <i>Apoyo social</i> <i>Ocio y tiempo libre</i>			
		Las actitudes ante el cambio: <i>Participación</i> <i>Visión del cambio</i> <i>Percepción de beneficios asociados</i> <i>Formación para el cambio</i> <i>Clima de apoyo al cambio</i> <i>Satisfacción con el cambio</i> <i>Percepción de recursos</i> <i>Satisfacción con experiencias anteriores</i> Relevancia percibida de los cambios			

Fuente: Quijano, S et al. Auditoria del Sistema Humano (ASH) para el análisis del comportamiento humano en las organizaciones. *Papeles de Psicología. Sección Monográfica*, 2008.Vol 29(1).pp.92-106  
<http://www.cop.es/papeles>

Quijano (2005) define la calidad del sistema humano como “el nivel de presencia de determinados factores característicos de la organización laboral que inciden en las personas, en su nivel de

satisfacción, bienestar y calidad de vida, afectando a sus rendimientos y producto de su trabajo”.

En enfermería, las políticas de actuación de gestión de recursos humanos dirigen sus objetivos hacia la prevención de la enfermedad, fomento, atención y mantenimiento de la salud, a través de unos cuidados integrales al individuo enfermo o sano. El modelo utilizado de gestión de personal debe contemplar el estado de salud del trabajador y sus niveles de satisfacción y bienestar psicológico, para asegurar el alcance de estos objetivos.

El Modelo teórico de Comportamiento Organizativo que orienta el ASH (Quijano, 2008), expone que todo sistema de dirección de recursos humanos genera en las personas unas respuestas que darán como consecuencia unos determinados resultados en el trabajo que desempeñan, y establece una relación entre *el entorno* y sus áreas (tecnológica, económica, socio-cultural, política, jurídica, comercial, de mercado laboral y valores sociales), *la organización, las consecuencias psicosociales* en el sujeto y los *resultados* de su trabajo.

### **Justificación del estudio**

Una primera reflexión nos lleva a considerar la enfermería como una profesión de riesgo. Consideración que justificamos 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 seguridad del paciente, teniendo como referencia las *Políticas de Seguridad del Paciente*, incluidas dentro del *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud* en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), elaboradas como declaración de apoyo a la *Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente* (OMS, 2002).

Las medidas preventivas hacia el paciente que podamos adoptar para prevenir el riesgo potencial que se deriva de la asistencia sanitaria, no nos aseguran la no presencia de errores. Como muestra de ello el Informe de la Secretaría de la OMS (2002), elaborado por el *Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en el 2000*, presenta en sus resultados que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños evitables y efectos adversos tras la asistencia recibida, estimándose que en el ámbito hospitalario llegan a ser mortales hasta un 14% de efectos adversos producidos.

En España, el estudio sobre los efectos adversos en la administración de servicios de atención sanitaria, realizado en 2005, presenta un porcentaje del 11,6% de eventos adversos

producidos, y una tasa de éxitos de un 4,4% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). La investigación en temas de seguridad se dirige principalmente al conocimiento e identificación causal de los eventos adversos, lo que en la actualidad supone una barrera para la adopción de soluciones (Martínez, 2007)

El informe sobre calidad de la atención en la seguridad del paciente, *Estrategias de seguridad del paciente: Cultura y sensibilización*, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), presenta medidas y estrategias para reducir elementos adversos evitables para el paciente, considerando el medio hospitalario el más peligroso y vulnerable a estos agentes de riesgo. Elementos que se derivan, en su mayoría, de la incorrecta actuación humana.

Las intervenciones recomendadas en el citado Informe se dirigen hacia una mejora continua de la calidad de los servicios prestados en materia de salud, así como a una mejora de los rendimientos y desempeños de los profesionales de la salud.

Una de las medidas prioritarias aborda la necesidad de promover normas de seguridad, vigilancia y prevención ante los posibles riesgos para el paciente, y establecer alianzas internacionales que ofrezcan respuestas al problema.

El informe del *National Quality Forum* (2003) celebrado en EEUU, sobre *Safe Practices for Better Healthcare*, muestra las primeras recomendaciones para la gestión y mejora de la seguridad del paciente.

Cuatro años después, otras acciones y recomendaciones del citado informe (*National Quality Forum*, 2007) en lo que a seguridad del paciente se refiere, argumentan la necesidad de medir y evaluar la cultura existente sobre seguridad del paciente entre la población, los gestores y los profesionales de la salud.

En nuestro país, el Estudio Nacional sobre factores adversos para el paciente en el ámbito hospitalario, ENEAS, Informe 2005 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), expone la importancia de los cuidados directos al paciente como indicadores de riesgo para su seguridad.

De igual modo, las evidencias sobre las situaciones adversas y factores de riesgo asociados que atentan contra la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario han ampliado el concepto de calidad asistencial, entendiéndose no sólo como el servicio que hay que prestar y cómo hay que prestarlo, sino como la necesidad de emprender acciones que aborden carencias en el actual sistema sanitario, responsabilizando más a las deficiencias y diseño de la

organización del sistema sanitario que a los propios profesionales (López Montesinos, 2003).

Al analizar la bibliografía sobre Seguridad del paciente, encontramos evidencias de la relación existente entre consecuencias psicosociales del trabajador y procesos de morbilidad y mortalidad del paciente. Es el caso de la publicación de la *Agency for Healthcare Research and Quality U.S (2007)* en su documento *Nurse Staffing and Quality of Patient Care* que pone de manifiesto la estrecha asociación entre la existencia de una adecuada dotación de recursos humanos (RRHH) en enfermería, con relación al número y tipo de paciente (ratio enfermera/paciente), y la consecuente aparición del estrés, burnout, síntomas psicossomáticos y pérdida de bienestar e insatisfacción del personal de enfermería, con una clara repercusión en la seguridad del paciente, como factor de riesgo.

Las investigaciones realizadas (Aiken, 1994, 1995, 2002a, Gálvez, 2003; Jackson, 2002; Kim, 2007; Miranda, 1996; Parish, 2002) sobre la relación entre gestión de recursos humanos, consecuencias psicosociales en el trabajador y seguridad del paciente, nos muestran en sus resultados datos elevados de aumento de morbilidad y mortalidad del paciente y aparición de infecciones nosocomiales en hospitales, sobre todo en

determinados servicios especiales como unidades de intensivos o unidades quirúrgicas especializadas (Dichie, 1988; Edbrooke, 1999; Havill, 1997; Kern, 1999; Miranda, 1998).

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el documento sobre Seguridad del Paciente (Ministerios de Sanidad y Consumo, 2006), como herramienta de apoyo y estrategia de mejora para la gestión de riesgos potenciales, solicita de los gestores y profesionales de la salud que adquieran un compromiso de información y formación para aplicar un ciclo de gestión de riesgos, mediante una metodología de identificación de problemas. El citado documento insta a las Comunidades Autónomas (CCAA) a elaborar propuestas y estudios piloto para investigar la situación existente en sus centros sanitarios, y conocer las medidas preventivas o correctoras que deben introducir según los elementos adversos identificados para la seguridad del paciente.

Como resultado del documento sobre Seguridad del Paciente, han sido numerosos los estudios e investigaciones que, desde las diferentes CCAA, han abordado el tema con propuestas e iniciativas dirigidas a este fin.

Un ejemplo de ello se presenta en un estudio realizado en la Universidad de Murcia, mediante un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo (Saturno, 2008), y presentado

a través de su Agencia de Calidad en la primera y segunda Conferencia Internacional en Seguridad del Paciente, celebrada en los años 2006 y 2007. En este estudio, sus autores han reconvertido en indicadores las 30 buenas prácticas recomendadas por el *National Quality Forum* (2007), (tabla 2). Los indicadores miden seis dimensiones de calidad (seguridad, efectividad, servicio centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad), y presentan tres grupos de causa de riesgo y efectos adversos para el paciente: la estructura de la organización, el proceso de la asistencia sanitaria y las condiciones humanas.

TABLA 2. Set de buenas prácticas para la seguridad del paciente (2003)	
Adaptado de: Safe Practices for Better Healthcare. The National Quality Forum, Washington	
<b>GRUPO 1: Cultura de Seguridad</b>	
1.	Cultura de seguridad.
<b>GRUPO 2: Adecuar la capacidad del servicio a necesidades del paciente</b>	
2.	Información al paciente sobre riesgos comparados.
3.	Existencia de normas razonadas para la dotación de personal de enfermería.
4.	Personal medico de UCI con formación específica.
5.	Participación del farmacéutico en los procesos de preinscripción, dispensación y administración de fármacos.
<b>GRUPO 3: Adecuada transferencia de información y una clara comunicación.</b>	
6.	Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalmente.
7.	Uso normado de abreviaturas y anotación de dosis.
8.	Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria.
9.	Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente.
10.	Asegurar la comprensión del consentimiento informado.
11.	Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales.
12.	Implementar prescripciones computerizadas.
13.	Implementar protocolo para prevenir etiquetado erróneo de Rx.
14.	Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado.
<b>GRUPO 4: Mejorar seguridad en situaciones específicas.</b>	
15.	Evaluar riesgo de infarto en pacientes quirúrgicos y prescribir betabloqueantes a los pacientes con alto riesgo.
16.	Evaluación y prevención de úlceras de decúbito.
17.	Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas.
18.	Gestión específica de la anticoagulación.
19.	Evaluación y prevención del riesgo por aspiración.
20.	Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales.
21.	Prevención de infección en herida quirúrgica.
22.	Utilizar protocolos para prevenir daños renales por contraste.
23.	Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición
24.	Evaluar y prevenir complicaciones en pacientes intervenidos con manguito de isquemia.
25.	Lavado / descontaminación de manos antes y después de contacto directo con pacientes y objetos en torno al mismo.
26.	Vacunar personal sanitario contra la gripe.
<b>GRUPO 5: Mejorar seguridad en el uso de medicamentos.</b>	
27.	Zona de preparación de medicación 5S.
28.	Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos.
29.	Identificación específica de medicación de “alta alerta” (Quimioterapia, anticoagulantes, electrolitos, concentrados, insulina).
30.	Dispensación de medicamentos en dosis unitarias

Fuente: Saturno et al. “Construcción y validación de indicadores de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente ”Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. <http://www.msc.es/http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

El desequilibrio entre dotación de recursos humanos y cargas de trabajo existentes, se asocia a la presencia de estrés, burnout, síntomas psicósomáticos e insatisfacción laboral en el

trabajador, como consecuencias psicosociales del sistema organizativo laboral (distribución y dotación de recursos humanos).

Aiken (2002a) afirma que nos encontramos ante un nuevo campo de investigación donde se aborda el riesgo de morbilidad y mortalidad

que puede tener para el paciente la presencia de estrés, burnout, insatisfacción laboral y pérdida de bienestar en el personal de enfermería, y el consecuente descenso de rendimientos y aumento de errores en el trabajo. A su vez, Martínez Ques (2007) presenta una relación (tabla 3) adaptada de Jackson (2002 y 2002a) que señala, según los estudios realizados, la asociación entre ratio enfermera-paciente y los resultados adversos producidos en la administración de cuidados de enfermería.

<b>Tabla 3. Estudios que señalan una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos. Adaptado de Jackson et al.</b>		
<b>Estudio</b>	<b>Características</b>	<b>Conclusiones</b>
Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346(22), 30 May 2002, pp 1715-1722	Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EEUU	Relación entre eventos adversos y muerte y número de enfermeras
Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya Nurse Staffing And Patient Outcomes In Hospitals Boston: Harvard School of Public Health, 2001. (Accessed May 6, 2002, at <a href="http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm">http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm</a> .)	Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EEUU	Fuerte relación entre resultados de pacientes y número de enfermeras
Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski, Jeffrey H. Silber,. Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortality and Nurse Burnout and Job Dissatisfaction JAMA 2002 288: 1987-1993	210 Hospitales generales en Pennsylvania	Con ratio enfermera paciente ajustado, aumenta el riesgo para paciente.
Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.	234 hospitales de EEUU	Los hospitales magnéticos tienen una reducción de sobremortalidad
Lichtig LK, Knauf RA, Milholland DK. Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. J Nurs Admin 1999;29:25-33.	462 Hospitales en N. York y California	Más horas de cuidados enfermera=disminución de los índices de infección
Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image J Nurs Sch 1998;30:315-21.	Pacientes quirúrgicos en 589 hospitales en EEUU.	Mayor ratio asociado a incidencia más baja de neumonías e infecciones urinarias
American Nurses Association. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington (DC):American Nurses Association; 2000.	1500 hospitales en 9 Estados, de EE.UU.	Menor ratio asociado a mayores tasas de infección

Fuente: -Martinez Ques AA. 2007 “¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes?” *Revista Evidentia* ene-feb; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php>. Adaptado de Jackson et al. (2002)

El trabajo que presentamos se estructura en seis bloques principales. El primero expone el *Marco teórico* en el que efectuamos una revisión teórica sobre síntomas psicosomáticos asociados al estrés, satisfacción laboral, burnout, bienestar psicológico, y trastornos del sueño, como consecuencias psicosociales laborales.

La segunda parte, o *Marco empírico*, contiene los objetivos, exposición de los supuestos de trabajo, metodología de la investigación, descripción del ámbito de estudio, tamaño y selección de la muestra, procedimiento, técnicas e instrumentos utilizados en el proceso, así como herramientas y procedimiento para el análisis de datos y exposición de resultados.

En el tercer bloque presentamos los *Resultados* descriptivos del estudio.

En el cuarto apartado exponemos la *Discusión y Conclusiones*, y en la quinta y sexta partes del documento se presentan, respectivamente, las *Referencias bibliográficas* y los *Anexos*.



## **I.- MARCO TEÓRICO**



## **CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

### **1.- Análisis previo de potenciales factores desencadenantes de consecuencias psicosociales en el trabajo.**

Son numerosos los estudios y publicaciones sobre el estrés, el burnout, las sintomatologías psicosomáticas, las alteraciones en el bienestar psicológico y satisfacción laboral, o sobre los trastornos del sueño, entendidos como consecuencias psicosociales que sufre el profesional de enfermería en su medio de trabajo (Albanesi, 2004; Curiel-García, 2006; Escriba, 2000; López, 2005; Moreno, 2002; Teixido, 2006; Urricelqui, 2000). Referencias bibliográficas que, desde diversas disciplinas como la Sociología, Antropología, Psicología y Ciencias de la Salud, podemos encontrar sobre la situación del colectivo de enfermería en el ámbito laboral.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2001) presenta 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.

El análisis bibliográfico que hemos efectuado ratifica esta afirmación, por lo que antes de presentar las consecuencias psicosociales que se derivan del trabajo en la organización sanitaria, consideramos necesario dedicar un apartado de este marco teórico a las potenciales causas o factores que pueden desencadenarlas.

### 1.1.- Entorno laboral

Empezaremos por el entorno laboral y condiciones de trabajo que, ante la presión asistencial, pueden provocar estrés, insatisfacción laboral y pérdida de bienestar psicológico en el sujeto. Presión asistencial originada por la falta de recursos humanos, unido a la situación que genera la relación de ayuda a otros en materia de salud. Esta relación de ayuda exige implicación

en la atención a esa demanda en cuidados de salud, sin demostrar emociones y sentimientos de impotencia o cansancio emocional (Hochschild, 1983), donde a cambio de un salario se debe presentar una imagen que se califica de apropiada, y en realidad no siempre se corresponde con el sentimiento que experimenta en ese momento el profesional hacia el paciente (Morris, 1996).

De igual modo, las demandas que se producen, respecto a la actitud que se espera del profesional en los procesos de muerte (Campos, 2002), son un exponente de la situación que ha de afrontar este personal para atender esa demanda bio-psico-social, sin que por ello se vea afectada su motivación y satisfacción profesional en los difíciles momentos que vive con el enfermo.

El incumplimiento de las ratios enfermera-paciente en el ámbito hospitalario constituye también un riesgo psicosocial para el profesional de enfermería, y un impedimento para el cumplimiento de los niveles de calidad asistencial requeridos.

Para Aiken (2002) el *burnout* es uno de los síndromes que aparecen en el profesional de enfermería como consecuencia de la presencia de estrés generado por la baja ratio enfermera-paciente y la elevada presión asistencial. Esto disminuye sus rendimientos y llega a constituir un riesgo para el paciente. El exceso de cargas de trabajo, con relación a la demanda del paciente y los recursos

humanos existentes, constituye un factor psicosocial importante de riesgo laboral, preferentemente en el ámbito hospitalario (Borrachina, 2002).

Encontramos en la bibliografía consultada evidencias de esta situación, y es en la enfermería hospitalaria donde se presenta con más frecuencia (Teixido, 2006; Curiel, 2006; Needleman, 2002 y Aiken, 2002).

Un estudio realizado por Dewe (1993), con una muestra de 2500 enfermeras procedentes del ámbito hospitalario, pone de manifiesto el elevado estrés que provoca esa situación laboral y la consecuente insatisfacción del profesional, cuando el esfuerzo es muy alto, ante la gravedad del paciente y cargas de trabajo derivadas.

Aiken (2002a) afirma que si nos referimos al *burnout* como factor desencadenante de insatisfacción laboral, éste afecta a la vigilancia, toma de decisiones y nivel de comunicación con los pacientes.

Un estudio piloto realizado en Barcelona (Faura y Aiken, 2002) expone la posibilidad de utilizar en España el *Nursing Work Index* (Aiken y Patrician, 2000). Con este instrumento de medición, sus autores efectuaron un análisis de entornos de trabajo (Aiken y Patrician, 2000) en diferentes países, demostrando la importancia

de la calidad del entorno laboral como factor condicionante de insatisfacción laboral y aparición de *burnout* en los profesionales de enfermería.

La herramienta incluye entre esos factores del entorno, la medición de cinco áreas organizacionales: adecuación de dotación de personal, capacidad de liderazgo, relaciones humanas interprofesionales, implicación de enfermería en la gestión e iniciativas de gestión de calidad, añadiendo la recomendación sobre la creación de los Hospitales Magnéticos para la mejora del entorno (Aiken, 1996).

El estudio expone, como resultados más relevantes de los 15 países investigados, la presencia de *burnout* y disminución de bienestar laboral con porcentajes de un 43% en las enfermeras de EEUU, un 36% en Canadá, un 33% en el Reino Unido y Nueva Zelanda y un 15% de presencia de *burnout* entre las enfermeras de Alemania, como consecuencia de la ratio enfermera-paciente. Desequilibrio entre necesidad de recursos humanos y cargas de trabajo que se produce con más frecuencia en aquellos países en los que, según se deriva de los resultados, son más cortas las estancias hospitalarias.

Bañeres (2005) defiende la necesidad actual de investigar sobre el tema para que disminuya la presencia de riesgos y se

introduzca una cultura sanitaria que haga comprender que los incidentes y los accidentes son precedidos por algún tipo de “acción insegura”, en la que se produce un error.

Hartz (1989) informa sobre la repercusión de la ratio enfermera-paciente, como uno de los cinco mayores indicadores de predicción de los niveles de mortalidad, iniciándose una nueva parcela, abierta ahora a la investigación por diversos autores (Aiken, 1994; Aiken, 2002 y 2002a; Needleman, 2002, Gálvez, 2003;), sobre la relación dotación de enfermeras - mortalidad del paciente.

La importancia del tema la centramos en la evidencia de estos estudios que presentan la estrecha relación entre la ratio enfermera paciente con el estrés y las variables psicosociales, asociándolo a su vez a la tasa de morbilidad y mortalidad del paciente.

#### 1.2.- La gestión del cambio organizacional y utilización de nuevas tecnologías

Otro factor etiológico que podemos añadir, de consecuencias psicosociales en el trabajo, es el referente a los permanentes cambios en la gestión de las organizaciones y la obligada utilización de las nuevas tecnologías. En la organización sanitaria estos procesos de cambio se producen a marchas

aceleradas, apareciendo sobrecarga laboral por las demandas de nuevas actividades con carencia o escasa dotación de recursos humanos para realizarlas (Noval, 2002).

En cuanto a las nuevas tecnologías, la implantación de recursos tecnológicos en el ámbito sanitario puede provocar resultados frustrantes para los profesionales, ante la nueva configuración de una organización que no perdona retrasos en la formación y actualización de sus trabajadores.

Autores como Deckard y Field (1994) describen una sociedad actual que reclama del profesional de la salud elevados y actualizados conocimientos, y no acepta la enfermedad y la muerte como un hecho natural, sino que exige poderes ilimitados y hasta milagros imposibles cuando la situación es irreversible, provocando tensiones y altos niveles de estrés en los sanitarios. Es aquí donde puede aparecer una percepción de despersonalización profesional (Heuven, 2003) provocada por el estrés, con riesgo de burnout y presencia de insatisfacción laboral (Abraham, 1998; Brotheridge, 2002).

A todo lo expuesto se añaden las situaciones de conflicto que ocasiona la multiculturalidad por los procesos migratorios, siendo la organización sanitaria una de las más afectadas en este

sentido. Algo que ha elevado considerablemente los niveles de estrés e insatisfacción laboral entre sus profesionales.

### 1.3.- La burocracia organizacional

Mintzberg (1988) considera al hablar de organizaciones de servicios, que la burocracia organizacional constituye otro factor de riesgo importante en el trabajo, clasificando esta burocracia en dos tipos: mecánica y profesionalizada.

Sobre la mecánica, afirma que diseña y pretende estructurar hasta el comportamiento de sus miembros, siendo una organización con total planificación formal y elevadas normas, reglas y protocolos que impiden todo acto de iniciativa o creatividad por parte del trabajador. Esta inflexibilidad constituye un riesgo de estrés profesional.

Sobre la burocracia profesionalizada, por otro lado, añade que se basa en que esa protocolización estandariza los comportamientos y llega a necesitar para su desarrollo un ambiente estable y una dirección y autoridad democrática que permita al profesional decidir y crear. Este tipo de burocracia, según el autor, es característico de los hospitales, pero la falta de organización es en sí un importante elemento de riesgo psicosocial para el trabajador.

Winnubst (1993) alude a la necesidad de apoyo al trabajador por parte de las organizaciones cuando éstas son grandes y poco flexibles, y requieren de ese cambio y actualización que provoca altos niveles de estrés en el trabajador, sobre todo en organizaciones de servicio, como es el caso de la sanitaria.

#### 1.4.- Capacidad en la toma de decisiones

Otro elemento que debe contemplarse como desencadenante de consecuencias psicosociales es la percepción del trabajador sobre su nivel de capacidad de acción en la toma de decisiones. Esto puede constituir otra fuente importante de estrés y aparición de sintomatología asociada a la pérdida de bienestar laboral.

Autores como Jansen (1996), lo atribuyen a la escasa participación en la toma de decisiones e implicación con el paciente, o falta de control en los resultados de su trabajo (Glass, 1993), pudiendo llevar al sujeto a un estado de inicio de depresión y baja autoestima.

Las investigaciones realizadas por la American Academy of Nurses sobre los denominados Hospitales Magnéticos (Aiken, 1995) presentan como características de estos centros el fomento de la autonomía profesional, la búsqueda de una mejora organizacional (Aiken, 2000), la dedicación a la formación continuada de sus recursos humanos y un permanente control-evaluación de

actividades. Afirman a su vez, que se consiguen unas mejores relaciones humanas interprofesionales, así como con otros colectivos sanitarios.

Asimismo, estudios realizados en instituciones hospitalarias (García, 2004) ponen de manifiesto la presencia de mejores resultados finales en los pacientes cuando existe una mayor satisfacción laboral y bienestar psicológico de las enfermeras, como consecuencia de las políticas de gestión de estos hospitales magnéticos, siendo ello un instrumento de motivación, desarrollo profesional y mejora de relaciones humanas en el entorno de trabajo (Paulo, 1998). También la falta de colaboración de los pacientes a la hora de prestarles sus servicios en materia de salud (Novack, 1994 y 1996) es fuente de situaciones de estrés para el trabajador.

#### 1.5.- Las relaciones con los superiores

En cuanto a las relaciones con los superiores, la bibliografía consultada hace referencia a una vinculación entre este tipo de relación y las consecuencias psicosomáticas en el trabajador. Consecuencias que se presentan cuando el profesional sanitario no tiene el apoyo de su superior (Zellars, 2001), no recibe estímulos que aseguren su estabilidad laboral (Agulló, 2001) según su percepción, o es receptor por parte de sus superiores de una

política organizativa no exenta de injusticia, falta de equidad, con dificultades para su promoción profesional, o con duplicidad de niveles jerárquicos que obstaculizan el desempeño de sus actividades (Vigoda, 2000), a la vez que le confunde en los roles laborales que debe asumir (Schwab, 1986).

#### 1.6.- El hostigamiento psicológico

No podemos dejar de mencionar el hostigamiento psicológico en el trabajo como importante generador de consecuencias psicosociales en el trabajador.

En la última década han sido numerosos los trabajos científicos realizados y publicados sobre el tema (Leymann,1996; Vartia,1996; Agua, 2004; Fornés, 2002 y 2004a; García-Izquierdo, 2006;), así como las manifestaciones de organismos e instituciones internacionales que han dado la voz de alarma ante las consecuencias negativas del *mobbing* o acoso psicológico y problemas derivados que inciden en la salud del trabajador y suponen un grave riesgo de aparición de patología psicosocial (Comisión Europea, 2000; OIT,2001; Resolución Parlamento Europeo sobre acoso moral, 2001; OMS,2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006;), por lo que disciplinas como la psicología y la psiquiatría han abordado el tema del maltrato psicológico en los últimos años.

Podemos decir que es un proceso muy próximo a nosotros y propio de las llamadas sociedades complejas y desarrolladas. Respecto a las organizaciones laborales, pueden mencionarse como posible génesis del acoso moral las deficiencias en la organización del trabajo, la inadecuada información interna y gestión de recursos, así como los problemas de organización prolongados y no resueltos.

Otros estudios (Fornés, 2004; García-Izquierdo, 2006), ponen de manifiesto la correlación significativa entre mobbing y variables de bienestar psicológico, incluyendo en estas variables la satisfacción laboral, entendiendo que la insatisfacción con la supervisión, agotamiento emocional y síntomas depresivos, permiten la clasificación del individuo según padezca alto o bajo riesgo de padecer mobbing.

Zapf (1996) relaciona el mobbing con los bajos niveles que sufre el sujeto en su salud psicológica, descenso de autoeficacia profesional y escasos rendimientos. Otros autores subrayan su relación con el absentismo e incapacidad laboral (Boada, 2004). Afirmación que, de otra forma pero con igual conclusión, corrobora Leymann (1996) en su teoría, al exponer que la situación que vive la víctima de mobbing en su entorno laboral empeora sus problemas psicológicos, le hace cada vez más sensible y puede llegar a derivar en incapacidad laboral.

También es evidente la relación del mobbing con el burnout (Agervold y Mikkelsen 2004; García-Izquierdo et al. 2006), y con la insatisfacción laboral (García-Izquierdo, 2004, Einarsen, 1998), llegando a la conclusión de que la insatisfacción con la supervisión, el cinismo, la ansiedad, la depresión y agotamiento emocional, clasifican adecuadamente a aquellos sujetos con altas y bajas puntuaciones en mobbing, y afirman que es la insatisfacción con la supervisión, el primer indicador que clasifica esos niveles de mobbing en el sujeto. Esto sirve de argumento para dar importancia a la gestión de las direcciones y puestos de responsabilidad en la dirección de los recursos humanos para prevenir, controlar y ayudar en el afrontamiento de situaciones de acoso laboral. Leyman (1996) ya afirmaba el importante papel de la dirección en estos procesos.

Davenport (1999) resalta que es una situación posible en cualquier tipo de organización laboral por determinadas circunstancias, como la mala gestión en recursos humanos, económicos o materiales, el estrés que se vive en el desarrollo de las funciones de los puestos de trabajo por un exceso de cargas de trabajo, e incluso por la negación de los superiores a aceptar la presencia del mobbing, facilitando con ello su aparición y desarrollo. La repercusión de estos procesos deteriora la salud del sujeto y afecta al desempeño y producto de su trabajo

Las consecuencias que puede tener en la salud y bienestar de los trabajadores, ante los síntomas físicos, psicosociales y afectivos que sufren las víctimas del proceso (Einarsen, 1997; Vartia, 2001; Einarsen, 2003; Sáez, 2003), y los cuadros de ansiedad y estrés (Zapf, 1996), marcan la diferencia entre los que viven esa situación de acoso y los que están satisfechos con su situación laboral.

Por su parte Vartia (2001) concreta en un estudio la relación entre mobbing y problemas de salud, señalando cómo pueden llegar a desarrollarse procesos de depresión e incapacidad laboral si ese mobbing es largo y duradero en el tiempo.

Los estudios que Fornés (1990, 1991, 2004, 2004a) ha llevado a cabo sobre hostigamiento psicológico en enfermería, ponen de manifiesto las consecuencias y efectos que el mobbing tiene sobre la salud psíquica y física de los profesionales, dándose la circunstancia de que en unidades especializadas como las de intensivos, en las que suelen presentarse elevados niveles de estrés, unido a situaciones de mobbing, pueda desencadenarse una sintomatología psicosomática y problemas de bienestar psicológico y presencia de insatisfacción laboral en el trabajador, con el consecuente descenso de los rendimientos en el trabajo y de la calidad asistencial (Fornés, 2002).

Fornés (2003) añade que es fundamental para el profesional de enfermería presentar un buen nivel de autoestima y satisfacción, y plantea los cuidados que necesita recibir el trabajador, fundamentados en los patrones de Gordon (1994), para atender a su bienestar psicológico y salud física.

Vemos, tras lo expuesto, que el mobbing, entendido como un estresor social (Yegler, 2003), no sólo tiene una repercusión sobre el trabajador y su salud, sino que a su vez puede constituir un riesgo para el paciente ante las circunstancias en las que se encuentra el trabajador (Josten, 2003; Kalimo, 1998)

#### 1.7.- Los procesos de intercambio social en el trabajo

Otro factor de riesgo que debemos considerar es el relacionado con el proceso de intercambio social (Gil-Monte, 2005c) que se produce entre el trabajador, la organización, sus superiores y los servicios sanitarios que presta, ya que puede determinar las conductas humanas (Kelley, 1979) llegando incluso a una agresividad en sus comportamientos (Donnerstein, 1982).

El modelo de Buunk y Schaufeli (1993) presenta como 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 en enfermería los trabajadores no buscan ayuda entre compañeros ante la aparición

de estrés por miedo a la crítica o a ser considerados poco competentes.

El modelo teórico de Hobfoll y Freedy (1993) sobre estos intercambios sociales, expone como fuente de estrés y posterior aparición de *burnout*, la pérdida de recursos personales que puede padecer el trabajador en sus relaciones laborales y que le provocan desmotivación profesional.

Al respecto, Harrison (1983) expone en su Modelo de Competencia Social, la relación existente entre la motivación del profesional para llevar a la práctica la relación de ayuda que implica los cuidados de enfermería, y la insatisfacción laboral y pérdida de bienestar psicológico que aparece ante motivaciones de conductas de ayuda como altruismo, obligación, o cooperación. Motivaciones que, según afirma el autor, se encuentran muy elevadas al iniciarse su vida profesional pero que con el paso de los años disminuyen, siendo esto más frecuente en personas con mucha confianza en el alcance de sus objetivos, necesidad de reconocimiento hacia su trabajo y búsqueda de promoción y crecimiento profesional.

En los profesionales de enfermería, la percepción de falta de reconocimiento y reciprocidad en su trabajo, tiene una importante repercusión (Buunk, 1993).

Para concluir sobre las condiciones de trabajo que pueden propiciar consecuencias psicosociales en el trabajador, citaremos de nuevo el Modelo de Auditoría (ASH) del Sistema Humano (Quijano, 2008). Modelo que integra estas consecuencias psicosociales laborales en la organización y las considera factores subjetivos de rendimiento, con repercusión en la calidad de los recursos humanos y en el resultado de la actividad que realizan.

A continuación iniciamos la exposición de las principales consecuencias psicosociales que afectan al personal de enfermería en el desempeño de su función laboral en el ámbito hospitalario, tomando como referencia el estrés laboral.

## **2.- El estrés como marco de las consecuencias psicosociales de riesgo en el trabajo.**

El profesional de enfermería vive en el cotidiano desarrollo de su actividad profesional un considerable estrés laboral motivado por numerosos factores externos e internos que alteran sus niveles de salud y provocan, en ocasiones, trastornos en todas sus dimensiones: físicas, psicológicas y de relación social, llegando a la enfermedad. De igual modo, no todos alcanzan esa situación dentro de este colectivo sanitario, al contar con recursos que les permiten adaptarse y superar situaciones difíciles, impidiendo el desarrollo de procesos de morbilidad y manejando adecuadamente

su salud. Es pues necesario identificar la etiología del estrés desde los tres importantes enfoques o perspectivas que nos presentan los diferentes autores estudiosos del tema (Mingote, 2003).

En primer lugar, podemos encontrar el estrés como respuesta orgánica del individuo a estímulos estresores y situaciones de riesgo psicosocial (Selye, 1974), con la posible pérdida de salud, bienestar laboral y disminución de su rendimiento profesional (Bonafonte, 2005). Una segunda aportación nos expone que el estrés puede tener su etiología a partir de los estímulos externos que rodean al individuo, generando en el sujeto procesos psicosociales asociados a esos factores externos que afectan a su vida cotidiana y a su salud, llegando a modificar sus comportamientos ante determinados estímulos (Sandin, 1995).

Una tercera propuesta sobre la potencial etiología del estrés la sustentan autores como Lazarus y Folkman (1984) al exponer en su modelo la existencia de una interacción entre el medio ambiente y la persona, y su imposibilidad de afrontamiento a ese entorno. Esta tercera propuesta expone que el individuo presenta diferentes respuestas según la situación ambiental y entorno que le rodea, la valoración y evaluación que hace el sujeto de esa situación adversa dependiendo de la importancia que le da, la repercusión que tiene para él y la posibilidad de resolución ante el problema, y según la

situación personal psicológica que vive en ese momento para combatir y afrontar el proceso.

Partiendo de estos marcos teóricos sobre el estrés, y a la vista de la numerosa bibliografía que analiza el estrés como elemento inherente a la práctica profesional enfermera (Faura, 1993; Cabezas, 1998; García-Izquierdo, 2000; Fornés, 2001; Carmona, 2002; Cruz, 2006; Gamo, 2007), con las consecuencias psicológicas en lo que a insatisfacción laboral, pérdidas de salud física y bienestar psicológico se refiere, abordamos en el inicio de este estudio, conceptos, modelos y teorías que hemos revisado documentalmente sobre estrés laboral y sus consecuencias, delimitándolo a un sector profesional del colectivo sanitario y ubicado en un concreto ámbito laboral, como es el profesional de enfermería hospitalario.

Entendemos que es necesario que el trabajador de enfermería pueda identificar los factores desencadenantes y situaciones estresantes que condicionan su pérdida de salud en el desarrollo cotidiano de sus funciones profesionales, y las posibles estrategias de afrontamiento a las diferentes manifestaciones de estrés, así como el conocer la asociación que se establece entre estos factores externos y las características psicológicas del sujeto.

### **2.1.- Conceptualización del estrés**

El estrés puede definirse en nuestra sociedad como un estado de tensión emocional que provoca, entre otras alteraciones, trastornos del sueño, síntomas psicósomáticos, 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 al trabajador, 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.

Los agentes estresantes pueden ser físicos, como el ruido, bioquímicos, como, por ejemplo, las infecciones, o psicosociales, relacionados con los procesos de adaptación o afrontamiento y capacidad de control ante una situación de estrés. De igual modo, las experiencias vitales generarán efectos diferentes según las características del agente estresor (tipo, duración, intensidad), el sujeto afectado (especie, edad, género, cultura e historia precedente), y la respuesta al estrés según la valoración que hacemos de la situación (Lazarus,1984), refiriéndonos al conjunto de cambios neuroendocrinos, inmunológicos, vegetativos y conductuales que se provoquen.

El concepto de estrés como respuesta orgánica ante un agente estresor nos lleva a la denominación que hizo Selye (1936) como *Síndrome de Adaptación General (SGA)*, ante la presión externa sufrida y la respuesta general del organismo a diferentes estímulos. Teoría no compartida por otros autores, como Mason (1975), que consideran el estrés como una respuesta orgánica, pero no igual en todas las situaciones, ya que está condicionada al tipo de estímulo que la provoque.

En cuanto a la connotación negativa o positiva que tiene el estrés, Selye (1974) hace una distinción entre *eutress* o estrés constructivo motivado por estados emocionales positivos (alegría, amor) que favorecen los estados de salud y previenen la potencial enfermedad, y *distrés* o estrés negativo que provocan los estados emocionales (rabia, envidia, celos, ira) que distorsionan la realidad y pueden generar alteraciones en los estados de salud y bienestar. También Edwards y Cooper (1988), afirman que el estrés puede ser positivo o *eutress*, diferenciándose en su conceptualización con el *distrés* que presenta resultados negativos para el sujeto.

Kahn (1964) defiende que el “estresor” es un acontecimiento objetivo, procedente del medio ambiente, pero independiente de la condición del hombre, diferenciando los conceptos de *estrés*, *estresor* y *respuesta al estrés*, al decir que el estrés es una experiencia subjetiva, catalogada como ansiedad que vive cada

persona, y cursa con una tensión o *strain*, tal como lo define el autor, como respuesta fisiológica y conductual. Vemos, pues, lo diferentes y numerosas que pueden llegar a ser las denominaciones que, de un modo u otro, definen el estrés.

Gómez (1998) entiende el estrés como una experiencia fundamental del sufrimiento genérico del hombre que le permite conocer la realidad del mundo y la suya propia, afirmando que esa ansiedad favorece el proceso de adaptación al medio, pero si la ansiedad es patológica se pierde esa capacidad de adaptación, pudiendo llegar a ser una ansiedad “neurótica”.

Aunque el estrés sí tiene un papel fundamental en el proceso de salud-enfermedad, autores como Lazarus y Folkman (1984) afirman que no siempre constituye un proceso negativo en nuestra vida, ya que dependerá de la valoración que el sujeto hace del proceso y de su capacidad para manejar la situación y afrontar las consecuencias del estrés.

## **2.2.- Modelos**

Dependiendo de las teorías, expuestas anteriormente sobre el estrés como respuesta orgánica, estímulo externo que puede producir enfermedad, o propio proceso que resulta de la interacción entre el individuo y su entorno, se encuentran los diferentes modelos que analizan el estrés.

French y Kahn (1962) exponen el modelo Socioambiental que presenta la relación entre el medio laboral y la percepción que tiene el trabajador de su trabajo asociándose, a la vez, esa percepción a la respuesta que el sujeto da a su trabajo y a las consecuencias que se manifiestan en su salud física y mental. Se produce una situación encadenada que relaciona lo que percibe el sujeto, con su respuesta y con la repercusión que todo ello tiene en su salud.

El modelo Socioambiental también relaciona al sujeto con los demás, presentando unas variables que tienen valor en esa percepción subjetiva de su trabajo y la respuesta que da a la hora de realizarlo.

También el modelo de Mc Grath (1976) enfatiza en los procesos que intervienen directamente desde los factores externos que causan el estrés.

El modelo de estrés de Harrison (1978) presenta los estresores que percibe el sujeto, haciendo énfasis en el desequilibrio que puede producirse entre la persona y el ambiente laboral. Karasek (1979) comparte este modelo y añade que, ante ese desequilibrio, para poder afrontar la situación se precisa de una sincronización entre el individuo y el ambiente laboral. A su vez, Edwards (1988) nos muestra en su modelo la presencia de una

falta de conexión entre el deseo y la necesidad del sujeto, como otra causa de desequilibrio que llega a provocar estrés.

Aludiendo al modelo de Harrison (1985), Sáez (1997c) afirma que el desequilibrio entre sujeto y medio, y los recursos y ayuda que tenga el individuo para hacer frente a esa demanda del medio, es lo que nos dará las variables ambientales.

En cuanto a la valoración de posibles trastornos psicológicos provocados por el estrés, Warr (1987) en su denominado “Modelo Vitamínico”, relaciona factores como el salario, el uso de capacidades, relaciones interpersonales, la posición social o la salud física, con la salud mental del trabajador, afirmando que aunque llegue a solucionarse el factor, ya no se recupera la salud mental del trabajador al haber llegado a un límite con difícil solución.

Años después de la aparición del modelo Socioambiental (French y Kahn, 1962) que anteriormente citamos, autores como Ivancevich y Matteson (1980) consideran que este modelo Socioambiental es el más apropiado para estudiar el estrés laboral como causa de burnout e insatisfacción laboral. No obstante, presentan otro modelo de estrés en el que inciden sobre las diferencias existentes entre los efectos que produce el estrés psicológico, somático y psicosocial de forma temporal, como

respuesta o resultado del estrés, y las consecuencias que aparecen como patologías de larga duración o con presencia de secuelas permanentes.

Ivancevich y Matteson (1980) distinguen en su modelo como elementos del estrés, por un lado los estresores denominados factores internos, o aquellos que están relacionados con la propia empresa, organización laboral, e incluso puesto de trabajo del individuo, estilo y tipo de dirección y liderazgo existente, y por otro lado los denominados factores externos, o aquellos estresores relacionados con elementos ajenos a la organización (problemas familiares, economía, no apoyo familiar a su actividad laboral) que inciden considerablemente en el trabajo y niveles de estrés que el sujeto pueda sufrir.

Factores externos e internos que marcan esa relación y asociación encadenada que exponíamos anteriormente, entre la percepción del sujeto sobre su trabajo, la respuesta que presenta y las consecuencias y repercusiones en su estado de salud. Según el modelo, aparece insatisfacción y alto desinterés en la actividad laboral como generadores de burnout, algo que puede llevar al sujeto, según sus autores, a una confusión entre el rol que desempeña y su propia persona.

Peiró (1993), tras el análisis de los diferentes modelos de estrés, propone otro modelo afirmando que las experiencias del estrés vividas afectarán a los resultados y consecuencias en el trabajo, y establece seis posibles variables:

Ambientales, donde introduce estresores y recursos

Características personales de cada sujeto

Vivencias subjetivas o experiencias de estrés pasadas

Afrontamiento del sujeto y estrategias para llevarlo a cabo

Resultados de las experiencias/vivencias de estrés

Repercusión del estrés, o efectos que causa

### **2.3.- Predictores de estrés**

Freudenberger (1974) señala, referido a la percepción que el sujeto tiene de cómo valoran su trabajo, que en profesionales idealistas, optimistas y en personas ingenuas, la elevada entrega y dedicación al trabajo para obtener de los demás un reconocimiento, es un factor de riesgo de estrés.

La sobrecarga de trabajo, la no definición de funciones, la falta de reconocimiento profesional, los escasos recursos, la asunción de excesiva responsabilidad, las interrupciones en el trabajo, así como la no conciliación de la vida laboral y profesional

y los conflictos en el ámbito laboral, son conocidos predictores de estrés laboral. Autores como Merllie y Paoli (2001) presentan en un estudio sobre el tema que aquellos trabajadores con mucha carga de trabajo y poco tiempo para desarrollarla, sufren estrés y pérdida de salud.

A su vez, Aycan y Kanungo (2001) exponen que también las tareas de gestión pueden producir estrés aunque, paradójicamente, es causa de satisfacción laboral la participación en las actividades de gestión (Arriaga, 2003), proporcionando calidad de vida y bienestar físico y psicológico según las circunstancias en que se desarrollen (Turcotte, 1986).

Otro factor que encontramos como predictor de estrés lo presenta Iruela (1983) al afirmar que determinados antecedentes familiares, como son los trastornos psiquiátricos, haber vivido una infancia inestable, o malas relaciones de pareja, constituyen un factor predisponente a padecer posteriormente estrés.

Centrado nuestro estudio en el personal de enfermería encontramos que el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del profesional de enfermería, indicando unos caminos concretos, directos e indirectos, que conducen al estrés (Fig.1).

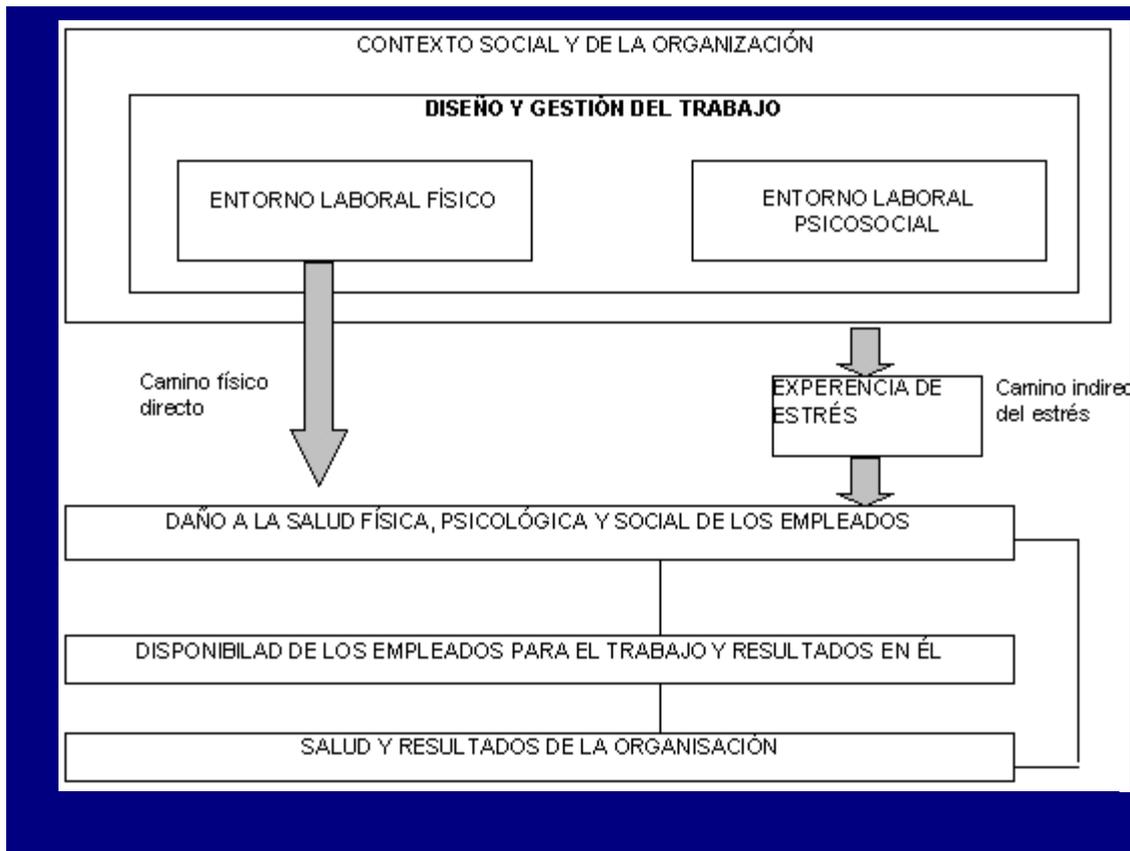


Figura 1.-Fuente. CIE. (2002). En [http://www.icn.ch/matters\\_stressp.htm](http://www.icn.ch/matters_stressp.htm)

El CIE argumenta, respecto al estrés en enfermería (Wynne, 1993), que las causas de estrés se centran en:

- Las condiciones laborales: los turnos y el trabajo en fines de semana, la remuneración inadecuada, los horarios de trabajo, el conflicto, la discriminación, el peligro en el entorno laboral.
- Las relaciones en el trabajo: la calidad de las relaciones con los compañeros, subordinados o supervisores.
- El conflicto y la ambigüedad de las funciones: los roles, funciones, expectativas y deberes mal definidos.

- La estructura y el ambiente de la organización: la política y la práctica de la comunicación, los cambios importantes en el lugar de trabajo, cultura de la organización, la falta de participación en la adopción de decisiones.

- La superposición trabajo-familia: falta de tiempo y expectativas contrapuestas.

- Desarrollo de la carrera profesional: infrautilización de las capacidades o imposibilidad de llegar al potencial pleno, cambiar a una posición mal adaptada a las capacidades e intereses de la persona, expectativas laborales imprecisas, inseguridad en el puesto de trabajo y falta de oportunidades para aprender y avanzar.

- Naturaleza del puesto de trabajo: la cantidad de empuje físico y emocional que se precisa, la carga y el ritmo de trabajo.

Añade a su vez, que como principales fuentes de estrés (Gray-Toft, & Anderson, 1981) se encuentran:

- Preparación inadecuada para tratar las necesidades emocionales de los pacientes y de sus familias.

- Falta de apoyo del personal

- Carga de trabajo

- Incertidumbre en cuanto a los tratamientos clínicos

- Contacto con el dolor y la muerte

-Conflictos con los compañeros, incluidos los supervisores y otros profesionales de atención de salud

Ante estos predictores de estrés, autores como Fornés (1990) hacen una llamamiento a la repercusión del estrés en la salud de estos profesionales, así como la diferencia que se presenta en la incidencia de aparición del estrés entre sus distintos ámbitos de trabajo, dependiendo de factores anteriormente citados, como el exceso de cargas de trabajo, niveles elevados de responsabilidad o insuficientes recursos humanos, tal y como se produce en las unidades de intensivos (Fornés, 1991, 1993), y las respuestas posibles a este estrés, por parte de las enfermeras de estas unidades altamente especializadas (Fornés, 1992, 1994).

A su vez, Garros (2002) aporta un elemento nuevo ante la situación de vivencias que pueden alterar las emociones de los profesionales de enfermería, cuando al estudiar las variables organizacionales y profesionales como elementos de riesgo de padecer *burnout*, expone que las enfermeras deben estar formadas para saber y poder manejar sus emociones para una mejor prestación de cuidados de salud, aumento de la calidad de servicio y mayor productividad en los resultados

Otro factor, como la permanente cercanía con el dolor y la muerte, favorece el estrés en el entorno laboral en profesiones sanitarias (Plá, 1999), así como la excesiva presión asistencial con relación a los recursos humanos y materiales existentes para atenderla (Warr, 1987), siendo elementos de riesgo de salud para el profesional de enfermería.

Encontramos estudios que evidencian la presencia de estrés como consecuencia de la prestación directa de cuidados de la salud (Pamplona, 1999; Rodríguez, 1996), unido al cansancio emocional y/o inadecuado desarrollo de la actividad laboral por falta de recursos, llevando a la enfermera a altos niveles de estrés crónico (Manzano, 1999), e incluso a la fuga de los profesionales hacia otras disciplinas (Cuevas, 1998), produciéndose la situación más alarmante en el ámbito hospitalario o especializado.

Otra parcela a considerar en la profesión enfermera, relacionada con el estrés profesional, la afrontan autores como Antón (1999), al asegurar que la sociedad entiende como algo natural la relación de ayuda establecida entre enfermera-paciente, sin plantearse que utiliza una metodología científicamente reconocida, por lo que se infravalora su actuación en el desempeño de sus actividades profesionales, y es que es una evidencia que no existe en algunos sectores sociales el “entendimiento” de la disciplina enfermera (Fernández, 2000; Berrios, 2006).

Si nos remontamos un poco a los orígenes de lo que ha sido el reconocimiento social y académico de la aplicación del Método Científico en la actividad enfermera, encontramos que autoras como Rogers (1970), describieron en su tiempo la actividad enfermera como un acto de ciencia y arte que posee un marco de conocimientos propio, desarrollado a partir de la investigación y el análisis racional. Contenido teórico que se ha llevado a la práctica con una argumentación científicamente probada y consolidada, como es el cuidado de la salud de las personas como una responsabilidad, tal y como lo expuso Florence Nightingale en 1859 (1969) al definir la práctica profesional como “cuidar”, y los conceptos de la profesión como “cuidado, persona, salud y entorno”, siendo la relación entre estos conceptos lo que confiere el sentido a la profesión.

Posteriormente Kerouac (1996), en su obra “El pensamiento enfermero”, manifiesta que el cuidado de la persona en continua interacción con su entorno es el objeto de la disciplina enfermera y le permite vivir al profesional experiencias de salud-enfermedad en una práctica diaria, según los conceptos anteriormente citados, de cuidado, persona, entorno y salud.

Hoy, como afirma Mingote (2003), aunque se promulga en la teoría, se difiere en la práctica de este “pensamiento enfermero”, ya que prima la ejecución de la tarea y alcance de objetivos unitarios

sobre esa acción integral bio-psico-social al individuo, debido al exceso de especialización, la “frialidad” que confiere a la acción de cuidar la aplicación de nuevas tecnologías y la presión asistencial que reduce la relación enfermera-paciente.

El elevado número de cargas de trabajo de enfermería, que ya anteriormente mencionamos, es un hecho cotidiano presente en el ámbito hospitalario, y que provoca en el profesional un descontento e insatisfacción al no poder individualizar sus actuaciones con la exteriorización de emociones y afectividad que quisiera en la prestación de cuidados, estrechando su relación de ayuda con el paciente (Jacobson,1983; Josten,2003). Ello le desmotiva ante un trabajo que considera no está bien realizado, y se manifiesta mediante sintomatologías psicosomáticas que alteran su bienestar y salud (Mingote, 2003). Es por lo que autores como Hypwell y Tayler (1989) entienden que el ámbito laboral donde se desarrolla el trabajo es un elemento a tener en cuenta a la hora de valorar los predictores de estrés y tipo de riesgos.

#### **2.4.- Consecuencias y repercusión del estrés**

La respuesta de estrés, que en sí misma no es buena ni mala es vital para la supervivencia y dependerá del resultado de la

capacidad de adaptación del sujeto al entorno y a una determinada situación y de los recursos que el individuo tenga para afrontarla, tal y como Mason (1975) afirma al identificar diferentes respuestas de estrés, dependiendo de que el componente sea psicológico o físico. Teoría que, como recordaremos, contradecía a Selye (1974) al afirmar que el estrés es una respuesta “general” del organismo y no “específica” a estímulos emocionales como apunta Mason (1975)

Sobre esta capacidad de afrontamiento, otros autores se han expresado en términos similares.

Autores como Glaser (1987) consideran influyente nuestro sistema inmunológico a la hora de enfrentarse al estrés, al decir que existe una importante relación entre una capacidad mayor citotónica (inmuno competencia) y un mejor perfil psicológico. De igual modo Engel (1962) asegura que la activación de los mecanismos de defensa psicológica del individuo se pone en marcha cuando el proceso de estrés, externo o interno a la persona, le exige la adaptación de su organismo a una situación determinada.

Respecto al profesional de enfermería, Artiaga (1997) sostiene que es la enfermería hospitalaria la que más altos índices de agotamiento emocional presenta, unido a una despersonalización, baja percepción de autorrealización en el

trabajo, baja autoestima y escaso reconocimiento de su rol profesional. A todo esto cabe añadir las características organizacionales de este ámbito hospitalario con sus jornadas de trabajo (horarios y turnos), que impiden una ordenada vida personal.

Un estudio realizado con 162 enfermeras hospitalarias (Glass, 1993), presenta que el estrés culmina en depresión. Manzano (1997), en su estudio sobre “El estrés del personal de enfermería”, analiza las características personales, el ambiente organizacional y su relación con el *burnout* existente, y muestra la estrecha relación entre la personalidad del sujeto y su baja autoestima, como factores de riesgo de padecer *burnout* y estrés laboral.

Desde la profesión enfermera se da una cobertura de necesidades primarias y secundarias al individuo ante la pérdida de salud y presencia de enfermedad, por lo que es imprescindible que la enfermera tenga previamente cubiertas sus propias necesidades para poder dar la confianza y seguridad que, al margen de los cuidados, de ella se demandan (Mondy, 1997).

Relacionado con lo anteriormente expuesto sobre la necesidad de “cuidar al cuidador” ante el riesgo de que el estrés constituya una causa de pérdida de salud, no todos los autores

coinciden en esta asociación estrés-enfermedad. Mientras Friedman (1990) afirmó, tras una revisión de teorías e hipótesis, la asociación del estrés con la salud y su relación con la aparición de patologías crónicas, Lazarus y Lazarus (1994) exponen que, aunque es *eminente plausible* la relación hipotética entre estrés, afrontamiento y emoción, como respuesta a la relación entre estrés, emociones y enfermedades determinadas a largo plazo (cáncer, cardiopatías), no está suficientemente comprobado, ya que estas patologías se desarrollan en largos periodos de tiempo y no es fácil encontrar y determinar la etiología del proceso. Aunque está demostrada la fuerte influencia del estrés en patologías concretas como son las infecciosas, Lazarus (2001) opina que la elevada falta de consenso sobre la naturaleza del estrés psicológico y procesos emocionales, impide el avance y progreso en este campo de investigación sobre estrés como fuente de pérdida de salud y causa de enfermedad.

Así mismo, Mingote (2003) afirma que el estrés laboral no es en sí una enfermedad, ya que no todas las personas con estrés desencadenan patología asociada, sino que existen variables como la edad, sexo, estado civil y otras características individuales que determinarán los recursos y mecanismos de defensa.

Como ejemplo de ello, y con relación al sexo, argumenta que los hombres utilizan recursos y estrategias para solucionar los

problemas reales que han motivado el estrés, mientras que las mujeres tratan de reducir sus efectos nocivos con estrategias emocionales como la resignación o búsqueda de apoyo emocional o económico.

Mingote (2003) continúa exponiendo que cuando no se controla y no se supera la situación, se produce una alteración de la conducta de forma repetitiva con angustia y depresión, y si el intento de adaptación fracasa, aparece la fatiga, hostilidad, mayor ansiedad, bajos rendimientos laborales y desmotivación, como respuestas a un estrés que altera el desarrollo de sus funciones psicosomáticas y físicas orgánicas.

### **2.5.- Afrontamiento del estrés**

Cartwright (1978) entiende que hay tres estilos de afrontamiento del estrés laboral: los que consideran que pueden con todo, los que se vuelcan en la profesión, aunque consecuentemente destruyan su vida privada y familiar y los que, al contrario de los anteriores, anteponen su rol familiar al trabajo.

Por otro lado, los procesos de afrontamiento que encontramos como resultado de la *evaluación y valoración* que nos presenta Lazarus (1984) en su modelo de estrés, se orientan en dos direcciones, bien hacia la búsqueda de solución del problema o agente estresor, o hacia el manejo de las situaciones emocionales

que son consecuencias que ese factor estresante le provoca al sujeto.

Vaillant (1992) defiende que el sentido del humor, el altruismo o la anticipación a los problemas, pueden ser mecanismos contra el estrés.

Según Petterson (1995), las mejores condiciones físicas en el trabajo y elevar la supervisión en el mismo, son alternativas para la disminución del estrés

También las variables sociodemográficas inciden en los niveles de estrés (Mingote, 2003). Referente al estado civil, este autor expone que solteros y separados/divorciados tienen más riesgo de padecer estrés, y si es mujer mayor de 45 años y con bajo nivel socioeconómico y con sobrecarga de trabajo, el riesgo se acentúa. Con relación al género, el no reconocimiento profesional se da más en mujeres, lo que favorece el estrés laboral. Respecto a la edad, entiende que el estrés se da más en los jóvenes, pero a mayor edad y con trabajos más complicados aumenta el estrés en los más mayores.

## **2.6.- Medida del estrés**

Tras la descripción que hemos hecho sobre determinados aspectos relacionados con el estrés, hemos considerado pertinente

incluir en este apartado la exposición de alguno de los instrumentos posibles para su medición.

La respuesta al estrés se puede medir mediante escalas psicométricas que nos permiten estandarizar unos resultados tras la evaluación. Es el caso de la Escala de González de Rivera (1993) que mide el índice de reactividad al estrés (IRE) con la medición de síntomas y conductas relacionadas con el estrés, que nos proporciona una cuantificación válida y fiable de esa respuesta individual al estrés.

Otros instrumentos para la medición de fuentes de riesgo, variables asociadas al estrés y obtención de respuestas del sujeto, se encuentran en cuestionarios como el *Job Content-Demand* (JD\_C) de Karasek (1979) y su adaptación en España por Moncada (1997). El modelo de Karasek se centra en las demandas psicológicas que se producen en el ámbito laboral y la capacidad del sujeto para atender esas demandas mediante cinco escalas que miden dimensiones concretas (margen de decisión y control, apoyo social, demandas psicológicas, demandas físicas, inseguridad laboral)

El *Job Stress Survey* (Spielberger, 1994) mide las condiciones laborales que pueden provocar alteraciones en el bienestar

psicológico del sujeto, su frecuencia y su nivel de alteración psicológica.

La evaluación de las fuentes de riesgo de estrés se puede obtener a su vez diferenciando los agentes estresores intrínsecos al trabajo de los estrictamente relacionados, pero no directamente integrados como estresores laborales que genera la organización, mediante el *Organizational Stress Indicator* (Cooper, 1998) Este instrumento mide también las respuestas ante el estrés relacionado con la sintomatología que sufre el individuo, dependiendo de su capacidad de afrontamiento al estrés y consecuencias en sus estados de salud, bienestar y nivel de insatisfacción generada por la situación.

*El ASH* o Auditoría del Sistema Humano (Quijano y Navarro, 1999), evalúa el sistema de gestión de recursos humanos, los resultados en los sujetos y la calidad de esos recursos humanos en los diferentes puestos de trabajo. Así mismo mide el alcance de objetivos y recursos utilizados para ello.

Como fuentes de estrés, propiamente dichas, Soler (2008a) cita algunos instrumentos de medición multifactorial de conflicto y ambigüedad de rol, como las adaptaciones realizadas del cuestionario de Rizzo, House y Lirtman (1970) , entre las que se encuentran las de Bravo, Salanova, Ripio, Hernández y Zornoza

(1994), o las de Peiró (1993), Peiró, González-Romá, Martí y Gastaldi (1992), González-Romá y Peiró (1994), entre otras, donde se analiza la relación entre satisfacción laboral y bienestar psicológico

Citaremos, por último, otro instrumento como el Cuestionario de Reviki, May y Whithley (1991), que mide las percepciones de estrés ocupacional, concretamente en el personal sanitario.

### **3.- La Satisfacción Laboral como consecuencia psicosocial del trabajo**

En la bibliografía consultada, son muchos los contenidos que aparecen definidos como “satisfacción laboral”. Autores como Harpaz (1983) afirman que son diferentes conceptos los que, en ocasiones, otros estudiosos del tema definen como satisfacción laboral. Ello nos presenta esa dificultad que hemos encontrado a la hora de identificar qué es para unos u otros el término “satisfacción laboral”, sin dar lugar a confusión o equívoco, al utilizarse el término “satisfacción laboral” cuando en realidad se está hablando, por ejemplo, de una respuesta conductual del sujeto a la situación organizacional en el trabajo, o a un estilo de dirección implantado.

Harpaz (1983) añade que a la hora de determinar qué es “satisfacción laboral” encontramos conceptos unidimensionales que solo aluden a la satisfacción relacionada con el trabajo, o multidimensionales, donde se considera que factores como el entorno y otros que rodean el trabajo pueden condicionar la satisfacción laboral del individuo, explicando que esta “jungla” de conceptos se debe a que se incluyen en el término aspectos relacionados con la conducta, conocimiento, sentimientos y emociones humanas.

### **3.1.- Conceptualización y modelos de Satisfacción Laboral**

El concepto “estar satisfecho en el trabajo” lo entendemos, según la definición de Herzberg, Mausner y Snyderman (1959), como aquellas sensaciones que tenemos hacia el trabajo y con el trabajo (agrado o desagrado, buenas o malas relaciones humanas, aceptación o no de situaciones laborales, posibilidad de crecimiento profesional, condiciones del medio laboral, etc.).

La teoría de los dos factores, en el modelo de satisfacción de Herzberg y Mausner (1959), con relación a la satisfacción e insatisfacción producida en el ambiente laboral, presenta como elementos no necesariamente relacionados, los denominados

factores intrínsecos o motivacionales y los factores higiénicos o extrínsecos. Los factores intrínsecos son aquellos que aluden a la propia situación interna de la organización produciendo satisfacción cuando están presentes en las condiciones idóneas, mientras que los factores extrínsecos o higiénicos generan insatisfacción cuando no se encuentran presentes, pero no satisfacción cuando sí los tenemos.

Es una evidencia que la percepción que tiene el trabajador sobre su trabajo y la respuesta que da a determinadas situaciones que se provocan en su desempeño laboral son condicionantes de satisfacción laboral. El modelo de satisfacción anticipada (modelo de la Valencia), nos presenta una satisfacción que se condiciona a lo que se espera conseguir en el futuro.

Vroom (1964), como máximo exponente de este modelo de “satisfacción anticipada”, expone que el sujeto llega a generar expectativas sobre algo que desea, como consecuencia de unas experiencias o vivencias pasadas.

La teoría de Ajuste en el trabajo (Dawis,1964), presenta un modelo teórico en donde el equilibrio entre el sujeto, su medio -en el que se han cubierto sus necesidades- y el reconocimiento que sienten los demás al valorar su actuación, constituye la satisfacción del trabajador en su contexto laboral. La satisfacción

por el trabajo realizado es una causa potencial de más rendimiento o, por el contrario, causa de absentismo laboral. (Hackett, 1989).

Una perspectiva centrada en el análisis entre satisfacción y rendimiento se presenta en el modelo de Satisfacción de Facetas (Lawler, 1973), donde se relaciona la satisfacción y el nivel de rendimiento en función de la gratificación que obtiene el sujeto por su trabajo (económica, reconocimiento personal), y la percepción que este sujeto tiene de justicia y equidad respecto a esa gratificación o reconocimiento recibido.

Otro factor que debemos considerar ante la satisfacción laboral es el relacionado con el equilibrio entre la selección y distribución de personal en los puestos de trabajo y las expectativas del trabajador para ser seleccionado y distribuido (Dawis, 1984). Debe haber satisfacción del sujeto y satisfacción de la empresa con su trabajo para alcanzar el rendimiento previsto.

La teoría de la Discrepancia de Locke (1984) explicita que la satisfacción laboral irá en función de lo que percibe la persona, en relación a lo que espera, y en las consecuencias que le reportará el hacer su trabajo (lo que hace en relación con lo que recibe). En este modelo aparecen dos facetas. Una en la que se plantea lo que el individuo ha dado en el trabajo, y otra en la que se valora lo que podría haber dado. Si ambas no están equilibradas, se produce

una insatisfacción laboral, al no estar el trabajador satisfecho con el trabajo realizado.

Entre los enfoques teóricos sobre satisfacción laboral sobresale el modelo de Hulin, Raznowki y Hachiya (1985) que resume los elementos de otros modelos, relacionando algunos procesos con el rol que desempeña el sujeto y sus consecuencias positivas, llegando a la conclusión de que los factores que inciden e influyen en la satisfacción laboral son aquellos que benefician nuestro trabajo (tiempo necesario, poseer el esfuerzo que se requiere, así como la habilidad, técnica, destreza y formación que se solicita) y dan buenos resultados que se premian o gratifican (incentivos, reconocimiento profesional, mejora de condiciones laborales). Este modelo, denominado “modelo de afecto al rol” expone las variaciones de niveles de satisfacción que pueden producirse en función de hechos pasados y presentes.

Posteriormente Hulin (1991) efectuó una revisión de los modelos de actitud hacia el trabajo establecidos con anterioridad por March y Simon (1958), Herzberg, Mausner y Snyderman (1959).

Para Hulin (1991), tal y como expone Sáez (1997a), no son excluyentes los modelos de “satisfacción anticipada” y de “afecto al rol”, al entender que cuando hemos tenido satisfacción en

experiencias pasadas, podemos intuir la satisfacción que nos proporcionarán en el futuro, y esa experiencia pasada determinará nuestro presente en lo que a niveles de satisfacción se refiere.

Otras teorías sobre condicionantes o factores influyentes en la satisfacción laboral nos aportan una visión diferente a las anteriormente citadas. De este modo encontramos que, según Quarstein (1992), existen unos factores presentes en el ámbito laboral que se valoran antes de ocupar el puesto de trabajo, como puede ser el tipo y estilo de dirección, la remuneración económica que se nos ofrece o las posibilidades de formación continuada y crecimiento profesional, entre otros, y otros factores que valora el sujeto después de iniciar su trabajo en el puesto correspondiente.

Factores que pueden ser más o menos agradables, con relación a lo que esperaba. Ante estos dos tipos de factores se producen unas respuestas en lo que a sentimientos y emociones sobre ello se refiere, que generarán más o menos satisfacción laboral dependiendo de las características del trabajador y sus reacciones ante estos factores. Quarstein (1992) define este modelo como “Modelo de eventos situacionales”, ya que las situaciones que se van produciendo marcarán esas respuestas del sujeto y habrá más o menos satisfacción dependiendo del control que se tenga sobre esas situaciones.

Büssing (1992), en su modelo sobre satisfacción laboral, relacionado con las teorías de Quarstein (1992), expone la importancia que tiene el control de las situaciones, al entender que la satisfacción está permanentemente asociada a las situaciones y características del trabajo. Afirma que no sólo se trata de estar satisfecho, sino también analizar cómo es esa satisfacción, ya que se puede estar satisfecho por situaciones que se tienen y se deseaban, o tener esa satisfacción por unas situaciones existentes con las que nos conformamos por no tener otra alternativa.

El enfoque dado nos muestra que, dependiendo de la discrepancia o afinidad entre lo que se espera de las características y situaciones del trabajo y lo que se da realmente, tendremos más o menos satisfacción laboral. Rompe pues con otras teorías en las que lo más importante es la cantidad de satisfacción, a diferencia de aquí en donde se valora la cantidad y calidad de esa satisfacción.

Büssing (1992) expone en su modelo hasta seis formas de satisfacción laboral (satisfacción progresiva, satisfacción estabilizada, satisfacción resignada, insatisfacción constructiva, insatisfacción fija y pseudo-satisfacción laboral) que, tal y como afirma Sáez (1997b), pasan por tres secuencias para lograr estos tipos de satisfacción:

-Equilibrio entre expectativas, necesidades y motivos, con la situación del trabajo.

-Llegar al cambio en el nivel de aspiraciones.

-Conducta para la resolución de problemas y su afrontamiento.

Respecto a las diferentes opiniones sobre qué es lo que produce la satisfacción en el trabajo, autores como Price (1981) sostienen que la satisfacción llega por una orientación afectiva que el profesional tiene hacia su trabajo por las condiciones en que se desarrolla. Por el contrario, Lu (2007) afirma que la satisfacción e insatisfacción no dependerá de la naturaleza del trabajo o sus condiciones laborales, sino de las perspectivas de futuro que en él ve el trabajador, teoría más cercana a la de Conrad (1985) que fundamentada en la teoría tradicional de Maslow, expone que la satisfacción aparece en función de las posibilidades de realización del trabajador, al alcanzar así el vértice de la pirámide al cubrir sus necesidades de autorrealización personal.

### **3.2.- Predictores de alteraciones de la satisfacción laboral**

Si nos centramos en la satisfacción laboral en el ámbito sanitario, no podemos obviar la situación que los profesionales de

la salud viven respecto a su cercanía con los procesos de dolor y muerte. Es en este ámbito de trabajo donde enfermería desarrolla su actividad profesional y encuentra elementos de riesgo psicosocial que inciden en sus niveles de satisfacción laboral.

Entre estos elementos está la multiculturalidad con su diversidad de costumbres, lenguas, creencias, ideologías y formas de afrontamiento ante los procesos de enfermedad y muerte por parte del cliente- paciente, lo que demanda una especial preparación del personal sanitario y requiere de estrategias concretas para dominar esas barreras y obstáculos que se presentan cuando las personas no tienen la misma forma de entender y asumir la enfermedad, el dolor y la propia muerte (García y Cruz, 2008, 2008a).

Esto constituye un obstáculo para una adecuada prestación de la asistencia sanitaria (Bischoff, 1999) y requiere de una comunicación entre enfermera y paciente para dar respuestas a sus necesidades en materia de salud (Leno, 2006; Zimmermann, 2000), atender las diferentes actitudes e interpretaciones que hacen, según su cultura, hábitos de vida, creencias, etc. (Lamberth, 1982), y atender y valorar esa ansiedad y miedo que domina al individuo ante el dolor y la muerte (Marshall, 1981), respetando siempre su culturalidad.

La satisfacción laboral también tiene una estrecha relación con el puesto de trabajo y sus características lo que da como respuesta específicas actividades y tareas (Cruz, 2006). Elementos como el tipo de actividades que encierran las funciones del puesto, la carga de trabajo existente con relación a los recursos disponibles o el reconocimiento profesional a su labor cotidiana, siendo valorado y reconocido por los demás, puede condicionar la satisfacción del sujeto (Muchinsky, 1993).

Es una evidencia documentada que los bajos niveles de satisfacción laboral se traducen en bajos rendimientos cuando la demanda de trabajo supera a los recursos existentes (Conrad, 1985; Fornes, 1990; Lomeña, 1991; Aiken, 2002a)

De igual modo, el nivel de responsabilidad y dificultad en el desempeño de funciones, la toma de decisiones que se asume (Bravo, 1996), las horas de dedicación exigidas y la retribución económica asignada a ese puesto (Robles-García, 2005), son también elementos importantes que condicionan el bienestar del trabajador.

Otro aspecto que constituye un importante factor a tener en cuenta a la hora de medir la satisfacción laboral es la relación entre el trabajador y las jerarquías superiores (Robles-García, 2005), así como el nivel de satisfacción que siente el sujeto al

realizar su trabajo, en función de lo agradable o rutinario que le parezca, y el equilibrio existente entre sus capacidades, habilidades y conocimientos para realizar la actividad y tarea exigida y lo que le pide ese trabajo (Spector, 1992),

De alguna forma, esta última teoría es vieja en el tiempo, ya que desde finales del siglo XIX, con las teorías de Taylor, se promulgaba la necesidad de *adaptar el trabajo al trabajador y el trabajador al trabajo*, como hecho imprescindible para un buen desempeño de actividades laborales y alcance de objetivos, con el consecuente incremento de la satisfacción del trabajador.

### **3.3.- Medida de satisfacción laboral**

La medición de satisfacción laboral dependerá de la generalidad que queramos medir o el nivel de especificidad. Así tenemos el Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986), que nos posibilita la medición de seis factores (satisfacción con la supervisión y participación en la organización, con el ambiente físico, con las prestaciones materiales y recompensas complementarias, satisfacción intrínseca del trabajo, satisfacción con la remuneración y con las prestaciones básicas, seguridad en el puesto de trabajo y relaciones interpersonales), mediante 82 ítems.

El citado cuestionario dio lugar a posteriores modificaciones del instrumento, elaborándose dos versiones, el S20/23 de Meliá y Peiró (1989), con menos ítems, y el S10/12 que mide de forma global la satisfacción y de forma específica valora tres dimensiones, a través de 12 ítems (satisfacción con la supervisión, con el ambiente y con las prestaciones). Cuestionario, este último, utilizado en nuestro estudio.

Entre los instrumentos de medición multidimensional, Sáez (1997e) afirma que, como más idóneos para los procesos de investigación, se utilizan el Minnesota Satisfaction Questionnaire (Weiss, 1967) y la Escala General de Satisfacción (Warr, 1979), entre otros.

De igual modo, para medir la satisfacción laboral de un concreto grupo de trabajo, la autora presenta el cuestionario de Peiró y Munduate (1994) o el de Lloret, González-Romá, Luna y Peiró (1993) para medir la satisfacción laboral de los profesionales de la salud en equipos de Atención Primaria, con 33 ítems y ocho factores (CSLPS-EAP), o la versión reducida del anterior (CSLPS-EAP), de setenta y tres ítems y catorce factores (Peiró, 1990).

Concluye presentando, como otro medidor de satisfacción específica en profesionales de la salud, el BOP de Bravo (1991), que integra sesenta y seis ítems y permite medir de forma

independiente los módulos que lo componen (los dirigidos a los profesionales de la salud en general, a los que trabajan en organizaciones laborales y a los que desempeñan su función en centros públicos).

#### **4.- El Burnout como consecuencia psicosocial del trabajo**

Autores como Ivancevich (1980), Moreno (2002), o Peiró, (1992), han analizado el estrés como causa de una posterior insatisfacción laboral. La insatisfacción puede aparecer como resultado de los procesos provocados por el estrés (Harrison, 1983; Olmeda, 1998; Petterson, 1995), como puede ser el *Síndrome de Burnout*.

El término *burnout* aparece gracias a Freudenberger (1974), quien lo conceptualiza como un estado físico y mental que detecta entre un grupo de jóvenes voluntarios en una clínica de desintoxicación, cuando después de un año de actividad de ayuda en esa institución, comprueba cómo padecen agotamiento, irritabilidad y despersonalización (Buendía y Ramos, 2001).

El *burnout* es hoy en día objeto de análisis en el mundo laboral, y más en profundidad entre colectivos profesionales de los sectores de servicios, como es el sanitario, por las consecuencias

que provoca no sólo en el trabajador, sino también en el resultado de sus actividad profesional.

Ello ha motivado un creciente interés ante la necesidad de buscar herramientas y estrategias que prevengan y disminuyan las situaciones de riesgo de padecerlo.

Nuestra legislación, en La Normativa Española de Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de nov. BOE 10-11-95), contempla en su artículo 4º medidas de prevención para disminuir los riesgos laborales y define como enfermedad, lesión y patología, los procesos de pérdida o deterioro de salud derivados del trabajo.

La citada Ley incluye en su redacción la importancia de prevenir el estrés laboral y el *burnout* para evitar potenciales accidentes y absentismo laboral. Resulta paradójico que aunque la Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 115, reconoce como “accidente de trabajo” aquellas enfermedades contraídas por el trabajo realizado, nuestra legislación no incluye el *burnout* como enfermedad profesional.

#### **4.1.- Conceptualización del Burnout**

Cristina Maslach (1981) describe el *burnout* como “el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que

trabajan con personas”. Tuvo otras similares conceptualizaciones como la efectuada por Pines, Aronson y Kufry (1981). Estos autores lo definen como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por involucrarse de forma crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”, y añaden como importantes factores las relaciones humanas, la supervisión, posibilidades de promoción, formación continuada y crecimiento profesional, como mecanismos defensivos y preventivos del síndrome.

Años antes, Maslach lo había presentado ante el mundo científico (APA: Asociación Americana de Psicólogos) en 1977, asociándolo al ámbito psicológico y a la situación del trabajador que padece alta demanda social en su actividad profesional, definido como “desgaste profesional” que padece este tipo de trabajador que atiende a otros individuos de forma directa. Definición que posteriormente adoptaron otros autores (Vega, 1998)

Cherniss (1980), describe el *burnout* clasificando su desarrollo en tres etapas. Una primera etapa que presenta un desequilibrio entre los recursos existentes y la demanda; una segunda etapa, en la que aparece la tensión psicofisiológica, que denomina “strain”, y una última etapa, en la que hace presencia un importante cambio conductual defensivo, provocado por la

situación estresante que se vive. Actitud defensiva que genera alejamiento de las personas al considerarlas causa de estrés.

Freudenberguer y Richelson (1980) lo consideran, desde una perspectiva clínica, como un estado mental negativo al que se llega a partir del estrés, con los consecuentes problemas de salud para el sujeto y problemas para la organización en la empresa.

Otros autores manifiestan la intención de diferenciarlo en su conceptualización de otros procesos similares como alienación (Karger, 1981), tedio (Pines, 1981) o depresión (Farber, 1983; Fischer, 1983). Conceptos que se asocian al *burnout* y que se identifican con la insatisfacción laboral unidos a estrés y fatiga, como ocurre cuando se utiliza la conceptualización “tedio” (Gil-Monte, 1997).

Schaufeli y Dierendock (1993) nos lo presentan como tedio, describiéndolo como medida de agotamiento físico, emocional y sentimiento de fatiga, sin considerar la despersonalización.

Etzion (1987) define el *burnout* como “un proceso latente y silencioso, que se desarrolla progresivamente y sin apenas notarlo, hasta llegar a un agotamiento personal”. Este autor añade el hecho de que si se produce el agotamiento a pequeña escala, no desencadena el síndrome.

En su obra “El síndrome de quemarse por el trabajo” (SQT), Gil-Monte (2005) describe el *burnout* como una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar, siendo un fenómeno en expansión y lo considera un riesgo psicosocial. Este síndrome de quemarse por el trabajo, tal y como define el autor al *burnout*, es una patología derivada de la actividad laboral, que se une a una necesidad de analizar el estrés laboral como elemento causante, inicialmente, del deterioro de la salud mental.

Las múltiples definiciones existentes sobre el *burnout*, confunden e impiden una comprensión y unificación a la hora de saber de qué estamos hablando. La terminología “síndrome de quemarse por el trabajo” es un resultado del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), llegándose a un consenso en esta definición entre bastantes autores expertos en el tema.

El concepto “Síndrome de quemarse por el trabajo”, como sugiere Betanzos (1997) es positivo porque desecha el anglicismo *burnout*. De igual opinión es Gil-Monte (2005a), ya que considera el concepto “síndrome” más idóneo, pues nos ayuda mejor a comprender la naturaleza de una situación o fenómeno, al referirnos al trabajo o a los síntomas que deben diagnosticarse, diferenciándolo a su vez de otras patologías laborales.

Este autor presenta tres grupos de tendencias, con evidencia bibliográfica, que definen y conceptúan de forma diferente la terminología *burnout*, tras la primera definición que hizo Freudenberger (1974a) como “Fallar, agotarse, o llegar a desgastarse por exceso de fuerza, demanda excesiva de energía o recursos”.

En su exposición presenta un primer grupo de autores en los que aparece un deseo de conceptualizar y definir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en los años 80.

Tal es el caso de Maslach y Pines (1977), que lo definen como “síndrome de agotamiento emocional y físico que deriva en actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida de interés por los clientes”, o la definición de Maslach y Jackson (1979) como “síndrome de agotamiento emocional y de cinismo, producido con frecuencia en personas que trabajan en actividades de prestación de servicios a los demás, con elevados tiempos de dedicación a las relaciones humanas, de forma confidencial y bajo situaciones de estrés o problemas que generan tensión en el receptor de su trabajo”.

En esta clasificación de Gil-Monte (2005a), un segundo grupo de autores lo definen, utilizando un lenguaje más lejano de la denominación anglosajona, como “desgaste psicológico por el

trabajo” (García, 2000), “desgaste ocupacional” (López, 1996), “agotamiento profesional” (Belloch, 2000; Díaz, 1994), “síndrome de cansancio emocional” (García,1999), o “desgaste profesional” (Arón, 2000; Olmeda, 1998; Prieto, 2002; Segarra, 2000).

En el tercer grupo de la clasificación de autores se recogen aquellos conceptos de *burnout* que se asocian al estrés laboral, como es “estrés crónico laboral asistencial” (Manzano, 2001), “estrés profesional” (Aluja, 1997), “estrés laboral” (Fuertes, 1997; García, 1999) o “estrés laboral asistencial” (Arranz, 1999) hasta llegar a múltiples y diferentes definiciones, utilizando denominaciones como “síndrome del empleado”, “síndrome de Tomás o enfermedad de Tomás” (Meerof, 1997; Mingote, 1999; Tarela, 2002).

Siguiendo con los conceptos definatorios de *burnout*, encontramos que es también definido como “pérdida de energía, idealismo e interés por alcanzar los objetivos de un profesional en situación de ayuda a otros, ante las condiciones de trabajo que tiene” (Edelwich y Brodsky, 1980). Similar definición nos deja Ryerson y Marks (1982), al conceptuarlo como un “síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional”.

Las denominaciones del *burnout* utilizadas como “síndrome de quemarse por el trabajo” (Gil-Monte y Peiró, 1997), “síndrome de

estar quemado en el trabajo” (Salanova, 2000), o la definición de Manzano (2000) “síndrome del quemado”, así como la de Quevedo-Aguado (1999) al denominarlo “quemazón profesional”, se derivan del originario término anglosajón “*burnout syndrome*”, que dan como resultado más de diecisiete denominaciones para un proceso único.

La revisión bibliográfica efectuada por Perlman y Hartman (1982) de 1974 a 1980 sobre el proceso, descubre la existencia de 48 trabajos con diferentes definiciones. Ambos autores concluyen afirmando que se puede definir como “una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización”, y añaden que el cuestionario de Maslach y Jackson (1981a), el Maslach Burnout Inventory MBI, evalúa los tres componentes identificados.

Burke (1987) entiende el *burnout* como la desorientación profesional, desgaste, frialdad emocional, sentimientos de culpa o aislamiento, considerándolo como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés, a diferencia de Maslach y Jackson (1981, 1982), que lo definían como síndrome que debuta con cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Ramos (1999) comparte que la aparición del *burnout* es una respuesta al estrés, pero añade la importancia de las habilidades de afrontamiento para salir de ese estado, como estrategias de solución que constituyen las variables que median entre el estrés que percibe el sujeto y las consecuencias que provoca.

#### **4.2.- Burnout. Modelos.**

Schaufeli, Maslach y Marek (1993) presentan en su obra los modelos explicativos del *burnout* que más interés despiertan.

Ramos y Buendía (2001) exponen que las variables que se consideran en estos modelos pueden ser variables de tipo individual, social u organizacional. A su vez clasifican los modelos en función del valor que se le da a las diferentes variables. Así, en su clasificación, incluyen en un primer grupo a aquellos modelos que dirigen su atención hacia las variables personales como causantes del proceso, en un segundo grupo se encuentran los modelos que dan más relevancia a la interacción social y sus consecuencias para el trabajador, y por último tenemos aquellos modelos que conceden mayor importancia a las variables organizacionales como originarias del síndrome de *burnout*.

Los modelos del primer grupo contemplan desde la perspectiva de las variables personales, a Harrison (1983) enfatizando en el “sentido de competencia”, a Antonovsky (1994)

que da valor al “sentido de coherencia”, a Cherniss (1993) por la importancia que concede en el rol del profesional a la “autoeficacia”, y a Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) y Hobfoll y Fredy (1993) ante la relevancia que dan a las estrategias de afrontamiento para manejar el *burnout*.

Los citados autores (Ramos y Buendía, 2001) siguen la clasificación de modelos, integrando en este grupo a Buunk y Schaufeli (1993) ante la importancia que estos le brindan a la “percepción del sujeto de una relaciones equitativas”, como proceso de interacción social.

En el tercer grupo de esta clasificación de modelos se incluyen las teorías que destacan las variables organizacionales como causantes de *burnout*. Encontramos a Golembiewski (1987) como exponente de la teoría que presenta como causas del *burnout* con presencia de estrés, las variables organizacionales. El modelo muestra las disfunciones del rol del sujeto- pobreza, conflicto y ambigüedad- y el desequilibrio entre sujeto y cultura, clima y estructura organizacional, haciendo énfasis en la sobrecarga de trabajo como causa generadora de estrés. El citado autor defiende que esta situación lleva al individuo a una pérdida de compromiso con el trabajo, con “presencia de despersonalización”, “baja realización personal” y “cansancio emocional”, en este orden (Golembiewski, 1993).

Leiter (1989) nos expone en su modelo las fases de *burnout*, y las divide en una primera de “cansancio emocional” por la falta de recursos para afrontar lo que le demanda el trabajo al trabajador, seguido de “despersonalización” y “falta de realización personal”. Como podemos observar el modelo de Golembiewski (1993) y el modelo de Leiter (1989), difieren con relación al orden de aparición de los tres síntomas del *burnout*.

Gil- Monte y Peiró (1997) en su modelo sobre causa, proceso y consecuencias del *burnout*, incluyen las tres perspectivas según el valor que les dan a las variables causantes del síndrome: variables organizacionales, personales y estrategias de afrontamiento. Los autores explican el *burnout* como una respuesta al estrés percibido, cuando fallan las estrategias de afrontamiento para reducirlo.

Cuando un modelo determina lo que percibe y hace el sujeto, con relación al *burnout*, según sus cogniciones y autoconfianza, a la hora de hacer frente a situaciones adversas con riesgo de *estrés-burnout*, se considera un modelo incluido en una perspectiva psicosocial. Modelos estos identificados a partir de las investigaciones de Bandura (1987).

De esta forma se nos presentan modelos como el de Price y Murphy (1984), que consideran el *burnout* como un proceso de

adaptación del individuo a las situaciones de estrés, pasando por unas etapas de desorientación, inestabilidad emocional, soledad, sentimiento de culpa, tristeza, petición de ayuda y equilibrio.

Siguiendo con los modelos que incluimos dentro del marco teórico de psicología social, encontramos las teorías de intercambio social que establecen como fuente generadora de *burnout* la percepción que tiene el sujeto sobre la no equidad, en relación a lo que ofrece en su trabajo, y el equilibrio entre esa oferta y lo que recibe a cambio. Así encontramos modelos como el modelo teórico del intercambio social que nos presentan Brunk y Schaufeli (1993), el modelo de agresión-frustración que nos deja Fischer (1983), o el modelo de Comparación Social (Buunk, 1993) que explica el origen del *burnout* en profesionales de enfermería, en las relaciones con los compañeros de trabajo y los procesos de intercambio social con los receptores de su trabajo (pacientes).

#### **4.3.- Predictores del burnout**

El *burnout* aparece asociado a los riesgos psicosociales en el trabajo, presentando nuevas etiologías provocadas por las actuales situaciones laborales que demandan y exigen al trabajador y, por otro lado, también tiene su causa en las relaciones existentes entre el receptor de salud y el prestador de servicios motivando nuevas relaciones humanas entre ellos, modificando planteamientos y

terapias aplicadas para disminuir consecuencias como son las bajas laborales que provoca, los bajos rendimientos y baja calidad de los servicios prestados (Gil-Monte, 2005).

Adams (1995), en sus investigaciones sobre la satisfacción de los profesionales de enfermería y su percepción de la repercusión de esa satisfacción en la prestación de cuidados, afirma que una de las principales fuentes de estrés, generadora de *burnout* e insatisfacción laboral en enfermería, es la inadecuada relación laboral como consecuencia de una mala gestión de la dirección y los escasos recursos humanos para el desempeño de la actividad profesional, ante una elevada presión externa asistencial. A ello se añade la percepción del trabajador sobre la baja calidad de cuidados prestados.

Este mismo autor señala también la influencia que el *burnout* tiene en los trabajadores de servicios, como es el caso del sector sanitario, por el excesivo contacto que tiene el profesional con el público.

El estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo se justifica ante la comprobada responsabilidad que tiene la organización laboral de nuestros días en la producción de estrés laboral, por lo que es la propia organización la que debe dar cobertura a las necesidades del trabajador, a la hora de atender su

salud física, laboral y mental, ya que todo ello tiene una gran repercusión sobre la organización y niveles de satisfacción del trabajador (Pérez-Gómez, 2006).

Pines y Aronson (1988), señalan que el estado de agotamiento físico y emocional que se produce se debe a la situación de dependencia que tiene el receptor de cuidados del que los presta. Se produce una demanda excesiva que implica emocionalmente a la persona que le ayuda en la cobertura de sus necesidades alteradas. Ello puede llevarle a un total sentimiento de bajo autoconcepto y fracaso personal con actitudes negativas hacia el contexto laboral, llegando a pensar en el suicidio ante la desesperación que vive.

Gil-Monte (2005b) afirma que son muchos los autores que entienden el *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico que se produce con mucha frecuencia en trabajadores de servicios y, sobre todo, en aquellos que dan una cobertura de ayuda que les obliga a mantener una estrecha relación con el receptor de sus cuidados. Otro punto de consenso, según el autor, es el aceptar el proceso como una experiencia subjetiva del individuo, que le conduce a un deterioro y percepción baja de sus actitudes hacia el cliente, provocando alteraciones de la conducta y problemas fisiológicos que afectan al desarrollo de su trabajo.

Este acuerdo entre estudiosos del tema desaparece cuando se pretende unificar criterios sobre los síntomas del síndrome ante la cuestión de si es un estado o un proceso, por lo que, dependiendo de ello, será diferente su prevención, diagnóstico y tratamiento.

El síndrome se clasifica, como exponíamos anteriormente, desde dos perspectivas diferentes: una, clínica, en la que se considera como un estado mental negativo, consecuencia del estrés laboral, y otra, psicosocial, en la que se considera como un proceso, con síntomas que se desarrollan como consecuencia de las características de un entorno laboral, unido a las características personales del individuo, que puede remitir dependiendo de los recursos que tenga el individuo y tipo de afrontamientos que sea capaz de hacer ante la situación.

Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1975) afirma que el estado de agotamiento y cansancio emocional que aparece en muchas circunstancias en los trabajadores de servicios de ayuda, se da como consecuencia de no poder alcanzar los éxitos esperados en el resultado de sus actuaciones. Éxitos que a veces no son posibles por las características personales del receptor.

Desde el aspecto psicosocial el equilibrio entre el individuo y sus características personales, y las del entorno laboral,

condicionará la presencia mayor o menor de los síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización laboral (Sáez,1997d). En cuanto al enfoque de perspectiva psicosocial, según la definición de Maslach, es compartido por otros muchos autores como Golembiewski (1988), Leiter (1988, 1992), Schaufeli (1993), Gil-Monte (1994), Gil-Monte, (1997), García (1990, 1991,1995), García (1994a, 1994b,) aunque algunos difieren en el orden en que aparecen los síntomas.

#### **4.4.- Consecuencias y repercusión del burnout**

Las múltiples variables que condicionan la calidad de vida del trabajador como promoción profesional, implicación en el trabajo, mejora de las condiciones laborales (Cascio, 1994), afectan a sus niveles de estrés, así como a las vías y flujos de comunicación e información en el trabajo, al reconocimiento profesional, seguridad laboral percibida, posibilidades de promoción profesional, por lo que la organización, el tipo de liderazgo que se administra y las relaciones humanas son parámetros obligados de medición a la hora de valorar los niveles de estrés que generan *burnout*, sintomatologías psicosomáticas y pérdida de bienestar y satisfacción laboral.

Los síntomas psicosomáticos asociados al estrés se pueden considerar procesos patológicos, según afirman Gil-Monte y Peiró

(1997), llegando a calificar al *burnout*, causante de esta sintomatología, de “epidemia”, siendo de relevancia en el sector salud y docencia (Gil-Monte, 2005).

Según estas diferenciaciones, un estudio bibliográfico sobre el tema (Sáez, 1997) presenta que el *burnout* es el resultado de una presión emocional que se asocia a las relaciones humanas que se establecen con los receptores de nuestro trabajo (Pines, 1981), aunque posteriormente afirman en otro estudio que el tedio es síntoma de *burnout*.

A diferencia del estrés, que puede tener consecuencias positivas o negativas, el *burnout* sólo tiene efectos y consecuencias negativas, considerándose, a veces, como una etapa del estrés (Farber, 1984)

Autores como Einsiedel y Tully (1982), Benevides-Pereira (2002), Dolan (1987), Mingote (1999), Gil-Monte (1997), Farber (1983) o Matthews (1990) afirman que existen sintomatologías asociadas al *burnout*. Síntomas que se relacionan con las emociones (agotamiento emocional, irritación), conductas (aislamiento, agresividad, irresponsabilidad), actitudes (hostilidad, desgana) o percepciones de la situación que vive el sujeto. Ello, unido a los síntomas fisiológicos (insomnio, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, lumbalgias, cansancio crónico), llega

a reunir más de cien posibles sintomatologías asociadas al SQT, describiendo indicadores personales y también de tipo organizacional.

Para Golembiewski (1993), el mayor e inicial síntoma es la despersonalización que se refleja en sus actos. La escasa realización en el trabajo y agotamiento emocional aparecen después, siendo importante el sentimiento de no realización de su trabajo, debido a circunstancias como la sobrecarga de trabajo. Ello les impide desarrollar satisfactoriamente su rol, afirmando que, aunque esto puede aparecer en todas las profesiones, cuando no se puede desempeñar ese rol se hace crónico y bajan los rendimientos laborales.

Esto ocurre en profesiones de servicio, como las sanitarias, llegando a un estado de impotencia, baja autoestima, fatiga y agotamiento emocional que lleva al denominado “*burnout avanzado*”. Como consecuencia, se provocan estados elevados de insatisfacción laboral que disminuyen la implicación del sujeto en el trabajo, descienden su rendimiento y productividad, elevándose los síntomas psicósomáticos y la tensión psicológica.

La despersonalización que aparece como principal síntoma (Golembiewski, 1987) es paradójicamente la variable que menos contribuye a la aparición del *burnout*. Aparece como variable más

influyente la falta de realización personal, siendo el agotamiento emocional el factor que más incide en el desencadenamiento del *burnout*.

La definición de Maslach, efectuada entre 1978 y 1982, sobre el *burnout*, en la que describe la falta de preparación del profesional para afrontar el estrés emocional derivado del trabajo, como la causa del agotamiento físico y emocional con consecuencias en el receptor del servicio que prestamos, pone de manifiesto la importancia que tiene la calidad de vida para el que oferta ese servicio.

Maslach añade que la deshumanización que puede producirse al dar un servicio o producto por el hecho de tener un agotamiento emocional que no puede manejar el que oferta, se traduce en un síntoma que precede al trato despersonalizado, e incluso deshumanizado, que se da posteriormente al prestar ese servicio.

La autora modifica después esa definición (Maslach, 1982), describiéndolo como el síndrome que se inicia con el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en las actividades laborales.

#### **4.5.- Medida del burnout**

Para la medición del *burnout*, en un principio se utilizaba la observación clínica. Posteriormente encontramos instrumentos como el cuestionario elaborado por Pines (1981), *Tedium Measure* (TM). Este instrumento de medición aparece con otro nombre, tras la modificación conceptual efectuada por sus autores Pines y Aronson (1988), llamándole “*Burnout Measure*” (BM). Presenta tres aspectos del agotamiento: físico, emocional y mental, puntuándose mediante una escala Likert de 7 puntos (de “nunca” hasta “siempre”).

Otras herramientas de medición la constituyen los cuestionarios, como el CDPE, o *Cuestionario de desgaste profesional de enfermería*, de Moreno (Moreno et al., 2000), *Efectos psíquicos del burnout* (EPB) (García, 1995), o las múltiples versiones del MBI como uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el diagnóstico del burnout.

Entre estos están el *MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de enfermería a partir del MBI primitivo (Maslach y Jackson 1981), con 22 ítems y 3 escalas de medición de frecuencia de percepción, de realización personal agotamiento y despersonalización – cinismo.

Otra versión dirigida a educadores sería la *MBI-Educators Survey*, o MBI-ES (Schwab, 1986), y la MBI-GS, utilizada en este estudio (Schaufeli, 1996), con 16 ítems y no exclusivo para determinados profesionales, sino orientado de forma más general.

En el MBI, algunos autores han recomendado, ante las posibles debilidades psicométricas que pueden aparecer, en relación a la validez factorial en algunos colectivos profesionales, considerar sólo dos factores (Kalliath, 2000).

Gil-Monte (1994) recomienda considerar tres factores, y otros estudiosos del tema (Pedrabissi, 1994) han considerado seis, cinco (Denoten, 2001) o siete (García, Llor y Sáez, 1994). De igual modo algunos ítems presentan una carga factorial importante en más de un factor. Así lo refleja Byrne (1992) al afirmar que el ítem 12, que mide “realización personal en el trabajo”, se eleva en “agotamiento emocional” y, de ese mismo modo, los ítems 16 y 20 que miden “agotamiento emocional” se encuentran saturados en “despersonalización” y otros como el 6 presentan duplicidad factorial en cuanto a su carga (agotamiento emocional y despersonalización).

Como instrumento de evaluación que nos asegure una validez psicométrica en la evaluación de factores de riesgo psicosociales y en concreto en el *burnout*, podemos contar con el

*Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo* (Gil-Monte, 2005e), diseñado inicialmente para profesionales de la salud. Está formado por 21 ítems que valoran, mediante una escala Likert, con rango 5 (de 0 a 4: nunca-todos los días), la frecuencia que se experimenta en cada uno de los elementos descritos.

Este cuestionario presenta cuatro dimensiones: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa, como síntomas de deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal.

Maslach y colaboradores (1981,1986) contribuyeron a la denominación definitiva del *burnout* como un estado de baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento emocional y alta despersonalización, tras la aplicación de su importante herramienta de medición, de gran aceptación y difusión, como fue el MBI – HSS (Maslach y Jackson, 1981), en su inicial versión, y posteriores modificaciones (MBI – ED: *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey*; MBI-GS: Schaufeli, 1996b), después de la primera definición que Maslach (1978) hizo sobre el *burnout* como proceso, consecuencia de la falta de recursos de los profesionales para afrontar un estrés provocado por el trabajo.

Este instrumento de medición (Maslach y Jackson, 1981, 1986) aparece inicialmente con 47 ítems, para quedar

definitivamente con 22 ítems en tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal. En la aplicación del MBI, los coeficientes de fiabilidad que obtienen Maslach y Jackson (1986) en su investigación fueron 90, 79 y 71 en cada subescala. En la evaluación de su validez discriminante, se evaluó en las correlaciones significativas entre satisfacción laboral y las subescalas del MBI.

Otro de los instrumentos de medición lo encontramos en el *Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)* (Jones, 1980) que con 30 ítems y cuatro factores (insatisfacción con el trabajo, enfermedad física, relaciones con el paciente y estrés y tensión psicológica), evalúa aspectos psicofisiológicos y conductuales del individuo, a diferencia del MBI que evalúa reacciones psicológicas o afectivas.

La *Escala de Efectos Psíquicos del Burnout* (García, 1990, 1995) nos presenta en la medición el *burnout* como un sentimiento de agotamiento o fatiga psíquica por la sobrecarga de trabajo y esfuerzo consecuente, con bajos rendimientos y baja calidad y una pérdida de energía en el sujeto para desarrollar su trabajo. Cuenta con 12 ítems con rango 7 (7 puntos en la escala de Likert; de “nunca” a “siempre”).

Otro instrumento de medición de *burnout* sería el *Gillespie Numerof Burnout Inventory* (Seltzer, 1988) que introduce aspectos emocionales y actitudes derivadas del trabajo.

*El Job Burnout Inventory* (Ford, 1983), como instrumento de medición de *burnout*, valora el *burnout* a partir de las emociones que se generan en el trabajo.

Encontramos en la literatura científica sobre *burnout* que cada vez más autores señalan que éste debe considerarse como un concepto unidimensional, centrando su dimensión principal en “agotamiento emocional”, o subescala que más utilizan en sus trabajos empíricos. Autores que ven con claridad la importancia e influencia que juegan las variables individuales a la hora de ser más o menos propensos a padecer el *burnout*.

Ante esto Maslach (1976) achaca como factor individual el deseo del profesional de marcar diferencias entre él y resto de trabajadores, o Chemmiss (1980) en la manera de asumir su trabajo. También Freudemberger y Richelson (1980) hablan sobre factor individual, al referirse a la implicación que se produce entre paciente y trabajador, poniendo a este último en peligro de identificarse con el paciente y generar estrés y consecuente *burnout*.

## **5.- El bienestar psicológico como consecuencia psicosocial del trabajo. Variables relacionadas**

En cuanto al bienestar psicológico, los estudios de la OMS consideran que para el año 2010, los trastornos mentales serán la segunda causa de incapacidad laboral en el mundo. Gamo (2007) argumenta que los trastornos de ansiedad afectan a 400 millones de personas, y 340 millones padecen diferentes formas de depresión (Wilder, 1995) y añade que, en la mayoría de los países occidentales, los problemas de salud mental representan una de las principales causas de morbilidad en la comunidad afectando principalmente a la población en edad laboral, alterando su rendimiento y productividad, e incapacitando de forma transitoria o definitiva para el ejercicio profesional.

Según la Comisión Europea, en la Guía sobre el Estrés relacionado con el Trabajo (Comisión Europea, 2000), más de la mitad de los 141 millones de trabajadores europeos aseguran que trabajan bajo presión. A su vez, se ha producido en los últimos años un incremento de patologías físicas (enfermedades cardiovasculares, digestivas, déficit inmunológicos) y psicológicas (depresión ansiedad, insomnio) que se relacionan con situaciones de estrés, *burnout* y acoso psicológico en el ámbito laboral (Aparicio, 2000).

En enfermería esta situación es preocupante por el absentismo laboral que conlleva, las alteraciones que se originan en las relaciones con los miembros del equipo y, sobre todo, por la incapacidad de dar cuidados de calidad a los pacientes.

El estudio realizado por Aiken (2002a) en 168 hospitales americanos, muestra la influencia que tiene el exceso de cargas de trabajo en la aparición de *burnout* en el personal de enfermería, señalando a la enfermería hospitalaria como al personal de mayor riesgo por ser más elevadas las situaciones de exposición a factores de riesgo psicosocial.

Garden (1989) afirma que los profesionales sanitarios y los de servicios sociales pueden ser más solidarios e introvertidos, manifestando una conducta más emocional, frente a los de conducta racional que presentan menos implicación en las relaciones de ayuda y menos desgaste físico y psicológico.

También el permanente contacto con problemas de salud, a veces irreversibles, hace al sujeto que presta los cuidados de salud más vulnerable a los factores de riesgo psicosocial, cuando se exige de forma continuada estar preparados técnica, científica y psicológicamente para dar las respuestas y tomar decisiones adecuadas a los problemas ajenos en el momento preciso, sin olvidar que cada paciente es una situación individual y aislada del

resto (Mesa, 2001). Esto puede constituir un riesgo para el paciente al que no se le presta la atención sanitaria específica, según su necesidad particular.

Algunas situaciones propias del trabajo en enfermería son susceptibles de convertirse en motivo de riesgo como factor desencadenante o propicio a una situación de *burnout*, estrés o presencia de mobbing con síntomas psicosomáticos y pérdida de bienestar.

Situaciones cotidianas en el desarrollo de funciones y actividades del profesional de enfermería (Estryn-Bèhar, 1996), como el exceso de cargas de trabajo, los niveles elevados de responsabilidad, la ambigüedad del rol, las relaciones humanas que se establecen con los pacientes y familia, el clima de la organización, la falta de reconocimiento por parte de los superiores, la escasa autonomía profesional en ocasiones, turnicidad y horarios irregulares, situación de permanente trabajo en equipo y relaciones con los superiores y compañeros de trabajo, contacto con el dolor y la muerte, etc.

Circunstancias estas importantes a la hora de valorar cuáles de las situaciones expuestas pueden ser motivo de presencia de los factores psicosociales considerados de riesgo para el trabajador, que a su vez entrañan riesgo para el paciente ante los problemas

psicosomáticos que pueden repercutir en el desarrollo y producto de su trabajo.

Otros autores entienden que la posibilidad de incurrir en negligencias o mala praxis (Simpson, 1991) constituye otro factor de riesgo psicosocial en la profesión enfermera, en el ámbito hospitalario en mayor grado, debido a los casos de denuncias por mala práctica que viene dándose con más frecuencia en la última década.

Todo ello determina los niveles de salud del sujeto y se hace necesario intervenir en el cuidado de ese cuidador (Fornés, 2003) para que, a su vez, pueda cubrir las necesidades de los pacientes.

Mesa (2001) coincide con Fornés (2003) y argumenta que las situaciones que vive la enfermería en el medio laboral pueden generar estados de estrés con consecuentes alteraciones psicológicas, constituyendo una de las principales causas de incapacidad laboral.

Añade que las condiciones y ambiente de trabajo están organizadas por un conjunto de variables que, de manera directa o indirecta, van a influir sobre la vida y la salud de los trabajadores, dependiendo en cada caso de las respectivas capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo. Incide a su vez, al igual que autores anteriormente citados, en que el instrumento

más importante en el cuidado de la salud de la población son los mismos profesionales.

Los problemas de incapacidad laboral suponen un gran coste tanto para el individuo, al provocar incapacidad física y mental, como para las empresas y la sociedad, debido al absentismo, al bajo rendimiento y gastos sanitarios.

Climent y Mendes Diaz (1983) afirman que los factores laborales psicosociales de riesgo cuentan con tres características principales para facilitar su aparición: la continuidad y permanencia horaria en el puesto de trabajo, la contingencia u obligatoriedad de resolver problemas que surgen de forma imprevista, y la emotividad que se vive por las características del trabajo. Elementos presentes de forma cotidiana en la actividad enfermera

El estudio realizado con 205 enfermeras hospitalarias (Torres, 2007) presenta unos factores que inciden en el bienestar psicológico, en la satisfacción laboral y aparición de consecuentes síntomas psicosomáticos y problemas de salud que favorecen el absentismo y/o la incapacidad laboral. Se afirma tras el estudio, que los beneficios sociales y el adecuado y gratificante desempeño de tareas para el trabajador favorecen el bienestar y la satisfacción laboral. A su vez, las condiciones físicas y tipo de políticas

administrativas en la gestión de los recursos humanos, si no son las adecuadas, producen bajos rendimientos, absentismo e incapacidad laboral.

Los resultados del citado estudio exponen la evidencia de que un empleado insatisfecho tiende a sufrir todo tipo de problemas de salud, como cefaleas, problemas mentales, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, entre otros, causando altos índices de absentismo, incapacidades, gasto para la empresa y consecuencias negativas para el trabajador y para el receptor de su trabajo.

### **5.1.- Medida de bienestar psicológico**

Es importante llevar a cabo las mediciones necesarias de los riesgos psicosociales que en el trabajo ponen en peligro la salud del trabajador, su bienestar bio-psico-social y su percepción de cómo está realizando el trabajo para sentirse satisfecho con lo que realiza y los resultados que obtiene posteriormente.

Ya hemos expuesto en anteriores apartados algunos de los instrumentos para evaluar las consecuencias psicosociales en el trabajo que nos faciliten el dato de cómo se encuentra el individuo. Instrumentos que hemos utilizado en nuestra investigación para identificar en qué situación se encuentran los

sujetos de la muestra que han sido objeto de estudio en el proceso de este trabajo.

Soler (2008c) expone alguno de los cuestionarios como instrumentos de evaluación de bienestar psicológico laboral, argumentando la importancia que tiene el conocer la situación del sujeto respecto a “cómo está y cómo se siente”, y entendiendo que su seguridad, bienestar y salud dependerá de tres factores fundamentales: factores técnicos, humanos y organizacionales.

Propone determinados instrumentos de medición entre los que presenta el cuestionario ISTAS 21, (Moncada, 2005), adaptación española del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ, 2000) de Moncada, Llorens y Kristensen (2002), elaborado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. El citado cuestionario, diseñado para cualquier disciplina, identifica las condiciones del trabajo y elementos que pueden poner en peligro de pérdida de salud al sujeto, basado en evidencias científicas y estructurado en cuatro apartados: datos sociodemográficos y exigencias del trabajo doméstico y familiar, condición del trabajo, efectos sobre la salud y dimensiones psicosociales.

En la versión española las dimensiones se clasifican en cuatro grupos: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo

de habilidades, tipo de apoyo en la empresa y características y calidad de liderazgo, compensaciones y doble presencia que se exige al trabajador. Esta doble presencia se evidencia en el caso de la mujeres, al tener que asumir roles paralelos en su vida laboral y familiar.

Otro cuestionario de medición de factores de riesgo psicosocial (Soler, 2008c) que nos facilita la situación de salud del trabajador es la Batería de factores de riesgo psicosocial de la Universidad de Valencia elaborada por Meliá (2004). Este instrumento analiza los factores de riesgo en el trabajo, a quién afecta, su magnitud y repercusión en la salud del trabajador.

Soler (2008c) afirma que aunque en España es incipiente el estudio de la evaluación de factores de riesgo psicosocial, existen instrumentos de medición como los citados, y añade otros como la Batería de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa (CYCLOPS-UB), que elabora a partir del análisis de riesgos un perfil de riesgo psicosocial (Pérez, 2006), y el Cuestionario de factores psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral (FSICO) que evalúa la carga mental, autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión/participación, definición de rol, relaciones personales e interés por el trabajo.

Por último, el cuestionario de evaluación del Instituto Navarro de Salud Laboral (Lahera, 2002), evalúa determinadas situaciones de riesgo psicosocial en la empresa (tipo de implicación, nivel de responsabilidad y participación, formación, vías de información y comunicación, trabajo en equipo).

Los instrumentos que hemos utilizado en nuestro trabajo como herramientas de medición para identificar el bienestar psicológico en el ámbito laboral, los síntomas psicósomáticos que presenta el trabajador, su nivel de satisfacción laboral y la repercusión que el mayor o menor bienestar laboral puede tener en sus procesos de sueño-reposo, constituyen indicadores de los niveles de estrés que puede estar padeciendo el sujeto, y de la situación psicosocial y física que puede estar sufriendo en su puesto de trabajo.

#### **6.- Los trastornos del sueño como consecuencia psicosocial del trabajo. Variables relacionadas**

En los anteriores apartados hemos expuesto la importancia y efectos negativos que presentan sobre la salud del trabajador, como consecuencia psicosocial del trabajo, el estrés, la insatisfacción laboral, el *burnout*, los síntomas psicósomáticos y bajo nivel de bienestar laboral. Consecuencias que aisladamente o

unidas a otras variables, inciden y repercuten en la salud psíquica y física del sujeto y en su vida social, familiar y laboral.

Los efectos que producen estas alteraciones psicológicas sobre la organización (absentismo, bajo rendimiento, baja productividad y calidad en el desempeño de actividades y funciones, elevación de costes), sobre la persona y en la sociedad en general, evidencian la necesidad de valorar y medir en los diferentes colectivos profesionales dónde se inicia la causa y cuál es el efecto que producen, dependiendo de la organización laboral, la persona, las características del puesto de trabajo y los factores externos que inciden en él.

Centrándonos en los profesionales de enfermería podemos afirmar, tras la revisión bibliográfica efectuada, que al ser una profesión eminentemente femenina, la turnicidad se añade como un factor psicosocial de riesgo si consideramos el esfuerzo que tiene que hacer un elevado número del colectivo profesional (mujeres), para conciliar sus roles y obligaciones familiares con un trabajo en el que la organización laboral se presenta con situaciones de turnicidad, continuas modificaciones horarias de asistencia y barreras para su promoción profesional.

Morales (2005) afirma en su estudio, en contra de lo que presentan otros autores, que los trastornos de salud derivados de

la turnicidad no han sido suficientemente estudiados debido a un arcaico Modelo de Salud Laboral que, históricamente, no evidenciaba riesgos derivados de la turnicidad en determinados puestos de trabajo, a pesar de la comprobada existencia de problemas de salud

Con relación a la turnicidad y problemas derivados de ella, como es el caso de los trastornos del sueño, encontramos estudios (Ferrerros, 1974) que ponen de manifiesto el deterioro de ritmos biológicos que provoca la turnicidad y variables horarias en el puesto de trabajo, manifestándose en patologías funcionales, problemas del ciclo del sueño, ansiedad, estrés y bajos rendimientos.

Mingote (2003) apoya la afirmación de Morales (2005) exponiendo que a los síntomas psicósomáticos se unen alteraciones neuropsíquicas, como irritabilidad, mal humor, pérdida de memoria y alteraciones serias en el ritmo vigilia-sueño, siendo la turnicidad un predictor de todo ello, generando insatisfacción y, consecuentemente, deterioro en la calidad de vida del trabajador y calidad del trabajo que realiza.

Como variables relacionadas, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales-IV (DSM-IV, 1995) relaciona el estrés con el insomnio cuando se producen trastornos del ritmo

circadiano, ya que determinados síntomas de trastornos mentales (depresión, ansiedad, fobias) se analizan junto a los trastornos del sueño y del ritmo circadiano (Soler, 2008)

Así mismo, y relacionado con la turnicidad y consecuentes trastornos del sueño en el trabajador y en el producto de su trabajo, estudios como el de Pérez García (1994) presentan un análisis comparativo en el que se expone el bajo nivel de satisfacción y problemas de bienestar psicológico de los profesionales de enfermería de una unidad especializada quirúrgica, por las muchas variaciones que sufre el profesional en los turnos de trabajo, ante una obligada turnicidad rotatoria, con relación a la enfermería, que no sufre esa organización horaria ni presta cuidados especializados.

De igual modo Peiró (1993) afirma que el trabajo nocturno, en concreto, es otro estresor significativo para el trabajador del hospital, debido a sus influencias en el ciclo biológico, como alteraciones en los ciclos circadianos y del sueño-vigilia.

Piotrkowski (1987) añade que esta nocturnidad laboral repercute en el trabajador en su relación trabajo-familia, provocando un conflicto personal que afecta a la salud del sujeto, ya que se ve obligado a adecuar su vida al ritmo que requiere el hospital. Situaciones que inciden en su rendimiento profesional

Vemos a su vez, en un estudio sobre “ansiedad y estrés” (Fornés, 2001) que el encontrarse cómodo y conforme en el puesto de trabajo, disminuye el estrés y consecuente insatisfacción laboral.

Hemos expuesto en esta primera parte de la investigación, como resultado de la revisión bibliográfica efectuada, las aportaciones de autores e investigadores que han contribuido al estudio del estrés, la satisfacción laboral, el *burnout*, el bienestar psicológico y los trastornos del sueño, como consecuencias psicosociales que pueden presentarse en el profesional de enfermería hospitalario, así como la repercusión que puede tener para la seguridad del paciente.



## **II.- MARCO EMPÍRICO**



## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

Tras la introducción y justificación del estudio y el desarrollo del marco teórico en el que se inserta, en este apartado presentamos, desde el área de conocimiento donde se contextualiza la investigación, Enfermería y Psicología, los objetivos y supuestos de trabajo, así como la metodología utilizada, características de la muestra, ámbito de estudio, descripción de variables contempladas e instrumentos de evaluación y procedimiento de recogida de datos y análisis estadístico.

### **- Objetivos.-**

Como objetivos prioritarios de este estudio nos planteamos:

1.- Analizar la relación entre las variables psicosociales incluidas en este estudio y las variables demográficas y sociolaborales de los participantes de la muestra.

2.- Conocer los niveles de satisfacción laboral, *burnout* y bienestar psicológico en profesionales de enfermería.

3.- Identificar cómo se manifiestan las variables psicosociales, a través de los perfiles de salud en el personal de enfermería.

## **2.- Supuestos de trabajo**

Como respuesta a los objetivos formulados, se establecen los siguientes supuestos de trabajo:

1.- Las condiciones laborales, variables demográficas y sociolaborales de estos profesionales de enfermería, pueden estar relacionadas con las variables psicosociales que analizamos en nuestro estudio.

2.- La enfermería asistencial es una profesión de riesgo debido al estrés que soporta en el desarrollo de su actividad laboral, por lo que podemos encontrar elevados niveles de *burnout* e insatisfacción y bajo bienestar psicológico.

3.- Los perfiles de salud psicosocial de los participantes en el estudio nos permitirán identificar los subgrupos que hay dentro del contenido total de la muestra, según el nivel que presentan de bienestar psicológico.

### **3.- Población, procedencia y características de la muestra**

Centramos nuestra investigación en una población de profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma de Murcia. De esta población se extrajo una muestra incidental, procedente de los distintos servicios, de los centros hospitalarios seleccionados.

Durante los meses de junio de 2006 a julio de 2007, se distribuyeron 600 Protocolos de Salud Laboral para su cumplimentación en nueve centros públicos hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Murcia. Dicho Protocolo contiene preguntas que responden a datos sociodemográficos y sociolaborales, y además incluye en el Protocolo cinco cuestionarios de variables psicosociales. Antes de las citadas preguntas, el Protocolo va precedido de unas indicaciones para su cumplimentación que garantizan la confidencialidad de sus respuestas y la solicitud al encuestado de escoger aquella opción que más se ajuste a su realidad, ya que no hay contestaciones buenas ni malas.

Del total de los protocolos distribuidos se dieron por válidos, 457, siendo este número el tamaño de la muestra final utilizada para el estudio. El motivo de la exclusión de los restantes se debió a una incorrecta cumplimentación.

### 3.1.- Procedencia de la muestra

El muestreo se realizó en nueve Hospitales de la Comunidad Autónoma de Murcia, de los que seis son comarcales (H. Los Arcos, de Santiago de la Ribera; H. Rafael Méndez, de Lorca; H. Nuestra Sra. del Rosell, de Cartagena; H. Virgen del Castillo, de Yecla; H. Psiquiátrico Román Alberca, de El Palmar, y Fundación H. de Cieza) y los tres restantes pertenecen a Murcia capital (H. Virgen de la Arrixaca, H. Reina Sofía y H. Morales Meseguer) (graf. 1). La muestra de los tres centros de Murcia capital ha sumado un 71,8% (328) del total (n=457), y un 28,2% (129) procede de los centros comarcales (anexo I, tabla 1)

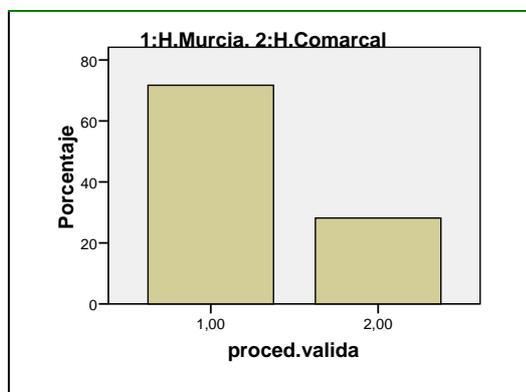


Gráfico 1.- Procedencia de la muestra

### **3.2. - Características de la muestra. Variables Sociodemográficas**

#### **3.2.1. - Edad.-**

La edad de los encuestados (n=457) oscila entre 22 y 63 años, siendo la media de edad de 40,19 años, y con una desviación típica de 8,27 (histograma 1 y Anexo I tabla 2). Hemos agrupado la edad de los participantes de la muestra de 20 a 34, de 35 a 49 y de 50 a 64 años, para facilitarnos posteriormente el análisis estadístico de esta variables con las restantes variables incluidas en el estudio. Hemos dado el valor 1 a los comprendidos entre 20 y 34 años, valor 2 a los que tienen de 35 a 49 años y valor 3, de 50 a 64 años respectivamente (gráf.2).

El 29% tiene de 20 a 34 años (n=131), de los que 29 son hombres (22,3%) y 102 (n=31,8%) mujeres. El 58,5% tiene de 35 a 49 años (n=264), de los que 89 son hombres (68,5%) y 175 (n=54,5%) mujeres. El 12,4% tiene de 50 a 64 años (n=56), de los que 12 son hombres (9,2%) y 44 (n=13,7%) mujeres. De 6 encuestados no tenemos información de la edad. Se presenta diferencia significativa en las variables edad - género ( $p < 0.05$ ) (Anexo I, tabla 2.1 y 2.2.)

Gráfico 2. Recuento .Edad

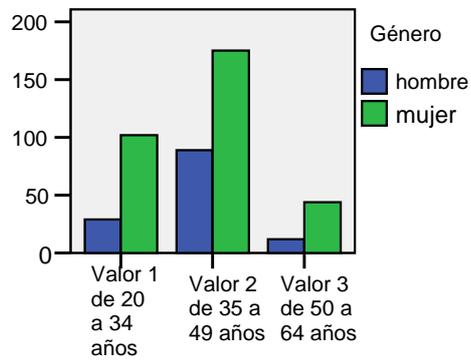
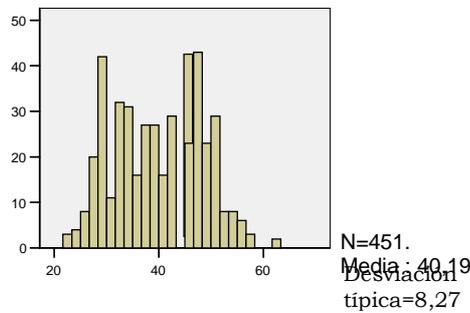


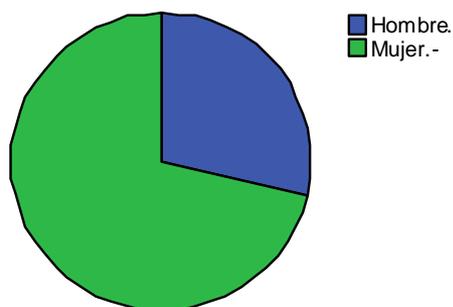
Gráfico 2. 1. Frecuencia. Edad



### 3.2.2. - Género

El 71,3% de la muestra (n= 457) son mujeres (n= 326) y el 28,7% (n= 131) hombres (gráf. 3 y anexo I, tabla 3)

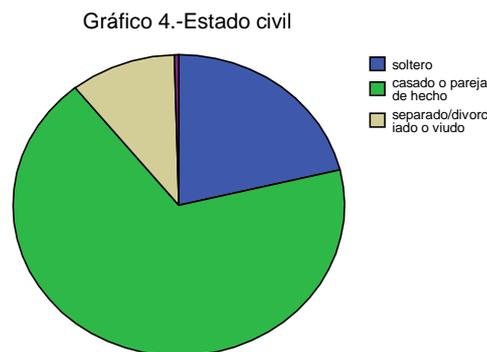
Gráfico 3.- Género



### 3.2.3. - Estado Civil

De los cuestionarios distribuidos, la frecuencia mayor se presenta en “casado o pareja de hecho” (n=301) con un 68,4%, Le siguen en número el 21,3% “soltero” (n=97), siendo la frecuencia menor (n=47) en el estado civil de “viudo, separado / divorciado” con un 10,3%. Están casados un 79,4% del total de los hombres (n=104) y un 63,9% del total de las mujeres (n= 207). Por el contrario es mayor en mujeres el porcentaje de solteras (23,5% mujeres y 16% hombres) y divorciadas/separadas (12,7% mujeres y 4,6% hombres). (gráf. 4 y anexo I, tabla 6).

Con relación a las variables estado civil – género se presenta diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) (Anexo I tabla 6.1).



### **3.3.- Características de la muestra. Variables sociolaborales.**

El estudio de estas variables incluidas en el Protocolo, nos dan una información de la muestra sobre aspectos sociolaborales como antigüedad en el puesto de trabajo y antigüedad en la empresa, tipo de contrato, tipo de horario, jornada de trabajo y sistema de turnos de trabajo que tienen (mañana, tarde, noche), así como otros datos significativos referidos a la realización de guardias, o la posibilidad de desarrollarse profesionalmente mediante actividades formativas continuadas y asistencia a cursos, congresos, sesiones clínicas, etc., que permitan su actualización y crecimiento profesional académico y formativo.

Se añade a este apartado una pregunta sobre las bajas laborales que el trabajador haya podido sufrir durante los últimos 12 meses del año, la patología que las ha producido y su duración en el tiempo.

#### **4.- Cuestionarios de las variables psicosociales.**

##### **4.1.- Satisfacción Laboral.**

Para la medida de satisfacción laboral hemos utilizado el Cuestionario S10/12 de Meliá y Peiró (1989), versión elaborada a partir del Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986). Consta de 12 ítems valorando con una escala Likert (rango de respuesta de 1 a 7) desde “muy insatisfecho” hasta “muy satisfecho”, consta tres dimensiones:

“Satisfacción con la supervisión o superiores” (ítems 5, 6, 7, 8,9 y 10), con ítems que indagan sobre aspectos como “las relaciones personales con sus superiores” o “la supervisión que ejercen sobre usted”, entre otros.

“Satisfacción con el medio y ambiente de trabajo, su entorno físico, características del mismo y espacios existentes” (ítems 1, 2,3 y 4). En este factor se presentan ítems que investigan sobre “la limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo” o “el entorno y espacio de que dispone en su lugar de trabajo”

“Satisfacción con las prestaciones recibidas en el ámbito laboral” (ítems 11 y 12), busca información sobre aspectos como

“el grado en que su empresa cumple convenios, disposiciones y leyes laborales”

La puntuación global nos dará una valoración del nivel de satisfacción general del trabajador.

#### **4.2.- Escala de Somnolencia de Epworth (ESS)**

Para medir la repercusión del trabajo en el descanso y vida del trabajador, hemos utilizado la Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991) en la versión adaptada por Ferrer, Vilagut, Monasterio *et al* (1999). Escala que evalúa el grado de somnolencia diurna como indicador de calidad del sueño. Consta de 8 ítems con respuestas valoradas según una Escala Likert de cuatro puntos, con un rango que varía desde 0 (nunca se dormiría o le entra sueño) hasta 3 (alta posibilidad de que le entre sueño).

Los ítems reflejan situaciones en las que aparece en mayor o menor grado el estado de somnolencia: “sentado y leyendo”, “en el coche al pararse unos minutos el tráfico”, o “como pasajero una hora seguida en el coche”.

Según el criterio apuntado por Serra (2000), puntuaciones entre 0 y 6, describe ausencia de somnolencia, ligera somnolencia entre 7 y 13, moderada entre 14 y 19, y grave somnolencia

(somnolencia patológica) con una puntuación entre 20 y 24 como puntuación máxima.

#### **4.3.- Síntomas Psicosomáticos asociados al nivel de estrés**

Para valorar y medir la sintomatología psicosomática asociada al estrés en el trabajo, utilizamos la escala adaptada Hock (1988). Escala con 12 ítems con respuestas valoradas con un rango de respuesta de 0 a 6, desde “nunca” hasta “con mucha frecuencia”, según responda el encuestado sobre los síntomas o molestias referidos que ha padecido, durante los últimos tres meses, con 72 de máxima puntuación que puede alcanzarse. Ítems como “jaquecas y dolores”, “disminución del apetito”, “tendencia a sudar y palpitaciones”, “sensación de cansancio extremo o agotamiento”, entre otros.

#### **4.4.- Burnout (MBI-GS)**

Para medir el potencial desequilibrio entre las demandas del entorno y las capacidades para hacer frente a ellas, y entendiéndolo como una respuesta crónica al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto (Gil-Monte y Peiró, 1997), hemos utilizado la Escala MBI-GS de Maslach Burnout Inventory General

Survey, de Schaufeli, Maslach, Leiter y Jackson (1996), con la adaptación española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000).

Dicha Escala consta de 16 ítems, valorándose las respuestas según una escala Likert de 7 puntos, con un rango de 0 (nunca) a 6 (siempre). Presenta tres dimensiones:

“Agotamiento emocional”, o detrimento de sus capacidades para utilizar los recursos necesarios, ante situaciones de cansancio emocional en el trabajo (ítems 1, 2, 3,4 y 6), como “estoy emocionalmente agotado por mi trabajo” o “estoy quemado por el trabajo”.

“Cinismo”, que nos permite medir el grado de indiferencia y pérdida de interés del profesional hacia el trabajo (ítems 8, 9, 13,14 y 15) con afirmaciones como “he perdido entusiasmo por mi trabajo”, “dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo”.

“Eficacia profesional”, que mide la percepción del profesional sobre su eficacia en el desempeño de sus actividades (ítems 5, 7, 10, 11,12 y 16) ante ítems que reflejan una situación como “en mi opinión soy bueno en mi trabajo” o “contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización”

#### **4.5.- Bienestar Psicológico (GHQ-28)**

Para medir el nivel de bienestar psicológico, hemos utilizado el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979) según adaptación de Lobo, Pérez Echeverría y Artal (1986), que nos valora la medida general de salud del encuestado mediante 28 ítems, con un formato de Escala Likert de rango 0 a 3, distribuidos en 4 subescalas con 7 ítems cada una.

La puntuación de corte utilizada será igual o mayor de 7 en la escala global, con una puntuación máxima de 84, e igual o mayor de 3 en cada una de las subescalas, con una puntuación máxima de 21 en cada una de ellas. Estas subescalas nos permiten conocer las cuatro dimensiones a estudiar que puede sufrir el individuo:

-Escala “Síntomas somáticos”: ítems GHQ-a del 1 al 7 con afirmaciones como “se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma”, o por el contrario, “se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada”

-Escala “angustia/insomnio”: ítems GHQ-b del 8 al 14, donde aparecen ítems como “ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón”, “Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima”

-Escala “Disfunción social”: Ítems GHQ-c del 15 al 21 en donde se pregunta sobre hechos como “¿le cuesta más tiempo hacer las cosas?” o “¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?”

-Escala “Depresión grave”: ítems GHQ-d del 22 al 28, donde se abordan cuestiones como “¿ha pensado que es una persona que no vale para nada?”, “¿ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?”.

#### **5.- Procedimiento de recogida y análisis de datos.**

Para el análisis de datos hemos utilizado el paquete estadístico SPSS-15.0 para Windows. El procedimiento, tras la creación y ubicación en el programa estadístico de todas las variables que integran el Protocolo de Salud Laboral, ha consistido en el examen descriptivo de estas variables, y en los siguientes análisis bivariantes y multivariantes entre las variables psicosociales y el resto de variables sociodemográficas y sociolaborales:

- Análisis de frecuencias absolutas y porcentajes de variables psicosociales, sociodemográficas y sociolaborales.
- Cálculo de medias y desviaciones típicas.

- Análisis factorial en aquellos instrumentos que presentan varias dimensiones mediante el método de los Componentes Principales con rotación Varimax, (Satisfacción Laboral, Burnout y de Bienestar Psicológico), que nos confirma la adecuación muestral a las dimensiones del cuestionario original.
- Previo al análisis factorial y para comprobar el cumplimiento de requisitos para el citado análisis, determinamos la matriz de correlaciones y contraste del grado de correlación significativa entre variables, mediante el Test de Esfericidad de Barlett, y el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que nos facilita la medida de adecuación muestral.
- Análisis de componentes principales mediante la matriz de componentes, que presenta en el gráfico de sedimentación los valores mayores de 1.
- Determinación de la fiabilidad de cada escala y sub-escalas de todos los cuestionarios mediante el Alfa de Cronbach.
- Se establece la relación entre cada una de las variables psicosociales mediante el estadístico Chi cuadrado de Pearson.

- Análisis de la asociación entre variables psicosociales y resto de variables sociodemográficas y sociolaborales determinando su correlación mediante Chi cuadrado de Pearson y Anova de un factor para las variables cualitativas.
- Análisis de la asociación entre variables psicosociales y resto de variables sociodemográficas y sociolaborales determinando su correlación mediante la prueba “T” de Student para variables cuantitativas.
  - Análisis de conglomerados Cluster, mediante la prueba post hoc “T” de Tukey de comparaciones múltiples, para conocer de forma descriptiva los grupos o agrupaciones homogéneas existentes entre los componentes de la muestra, según la puntuación media que presentan estos grupos en cada una de las variables psicológicas. Con la misma prueba estadística (“T” de Tukey. Análisis de Conglomerados Cluster), hemos determinado la correlación entre estas agrupaciones y las variables cualitativas y cuantitativas sociodemográficas y sociolaborales.

El apartado de resultados de este estudio, en el que presentamos los datos obtenidos mediante los procesos estadísticos descritos, está compuesto por tres

subapartados para una mejor comprensión de la información que presenta, y en cada uno de ellos se exponen los procedimientos estadísticos utilizados para la obtención de los resultados.

Los citados subapartados presentan una primera parte en la que se incluyen los resultados de la procedencia y descripción de variables sociolaborales y psicológicas de la muestra.

En un segundo subapartado se muestra la correlación entre cada una de las variables psicosociales, así como entre estas variables y cada una de las variables sociolaborales y sociodemográficas. El último subapartado expone los resultados de las agrupaciones obtenidas del total de la muestra, según resultados de las variables psicosociales, mediante el análisis de Conglomerados (prueba "T" de Tukey), así como los obtenidos entre asociación de estas agrupaciones y resto de variables sociodemográficas y sociolaborales.



### **III.- RESULTADOS**

## Resultados

---

## **RESULTADOS**

Este apartado de resultados lo dividimos en tres partes. En el primero presentamos:

Resultados descriptivos de la muestra con análisis de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes, cálculo de medias y desviación típica de las variables sociodemográficas y sociolaborales.

Resultados descriptivos de las variables psicológicas incluidas en los cuestionarios.

Resultados de las bajas producidas en la muestra durante los últimos doce meses.

En un segundo apartado de resultados mostramos:

La correlación entre las variables psicosociales y cada una de las variables sociodemográficas y sociolaborales.

En el tercer apartado de resultados presentamos:

Las distintas agrupaciones identificadas en la muestra, obtenidas mediante la prueba estadística de análisis de conglomerados.

Las diferencias entre cada una de ellas, según las puntuaciones de medias obtenidas en las variables psicosociales.

Resultados de la asociación entre cada una de estas agrupaciones, con las variables sociolaborales y sociodemográficas incluidas en el estudio.

## **RESULTADOS (apartado 1º)**

### **1.- Variables sociolaborales**

#### **1.1. - Antigüedad en el puesto de trabajo**

La antigüedad en el puesto, la hemos medido en años. Para una mejor valoración estadística la hemos agrupado en periodos de 5 años de antigüedad. Damos el valor 1 cuando la antigüedad es de 1 año, valor 2 hasta 5 años, valor 3 hasta 10 años, valor 4 hasta 15 años, valor 5 hasta 20 años, valor 6 hasta 25 años, valor 7 hasta 30 años, y valor 8 hasta 35 años o más de antigüedad en el puesto (gráf.1).

La antigüedad media es de 12,14 años, siendo la mínima de 1 año y la máxima de 35 años, con una desviación típica de 8,61. El número mayor (n= 136) de participantes de la muestra total (n= 445) tiene menos de 6 años de antigüedad en el puesto (29,8%).

Con relación a las diferencias de *género*, encontramos un porcentaje mayor en mujeres con 5 años de antigüedad (32,6%) que en hombres (25,6%), pero más de 6 años de antigüedad se presenta en un 24,8% en hombres, superior al 17,7% en mujeres

## Resultados

(tabla 1). No obstante, la comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de chi cuadrado no arroja diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $\chi^2=5,09$ ; n.s.;  $p=0.078$ ).

(Anexo I, tablas 4, 4.1 )

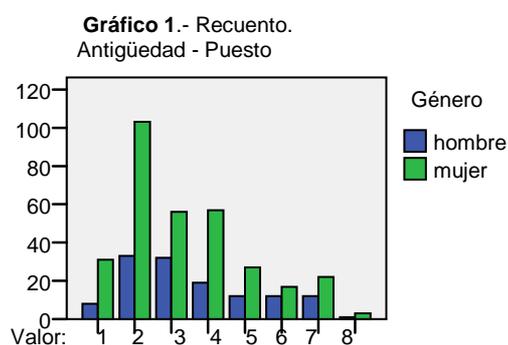


Tabla 1. Porcentajes antig. Puesto-género			Género		Total
			hombre	mujer	
Antig.pue sto- género	de 0 a 1 año	Recuento	8	31	39
		% de Género	6,2%	9,8%	8,8%
	de 1 a 5 años	Recuento	33	103	136
		% de Género	25,6%	32,6%	30,6%
	de 6 a 10 años	Recuento	32	56	88
		% de Género	24,8%	17,7%	19,8%
	de 11 a 15 años	Recuento	19	57	76
		% de Género	14,7%	18,0%	17,1%
	de 16 a 20 años	Recuento	12	27	39
		% de Género	9,3%	8,5%	8,8%
	de 21 a 25 años	Recuento	12	17	29
		% de Género	9,3%	5,4%	6,5%
	de 26 a 30 años	Recuento	12	22	34
		% de Género	9,3%	7,0%	7,6%
	de 31 a 35 años o más	Recuento	1	3	4
		% de Género	,8%	,9%	,9%
<b>Total</b>		Recuento	129	316	445
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### **1.2. - Antigüedad en la empresa**

También en esta variable, antigüedad en la empresa, para una mejor valoración estadística la hemos medido en años, agrupándola en periodos de cinco años de antigüedad. Damos el valor 1 cuando la antigüedad es de 1 año; valor 2, hasta 5 años; valor 3 hasta 10 años; valor 4 hasta 15 años; valor 5 hasta 20 años; valor 6 hasta 25 años, valor 7 hasta 30 años y valor 8 hasta 35 años o más de antigüedad en la empresa (gráf. 2).

La antigüedad media es de 16,9 años, siendo la mínima de 1 año de antigüedad y la máxima de 35, con una desviación típica de 9,19. El grupo más numeroso de la muestra (n= 84) presenta una antigüedad de menos de 11 años (18,4%). A diferencia de la anterior variable, encontramos un porcentaje mayor en mujeres (2,9%), con relación a los hombres (1,6%), que llega a 35 años o más años de antigüedad en la empresa (tabla 2). La prueba chi-cuadrado para comprobar si existe asociación entre el género y la antigüedad en la empresa no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que son independientes ( $\chi^2=8,73$ ; n.s.;  $p=0.27$ ). (anexo I, tablas 5 y 5.1.).

## Resultados

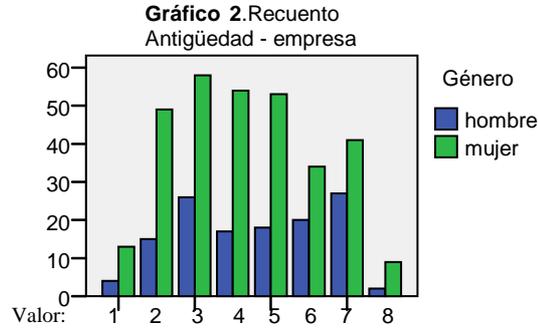


Tabla 2.- Porcentaje ant. empresa-género		Género		Total		
		hombre	mujer			
<b>Antig. Empresa-género</b>	<b>de 0 a 1 año</b>	<b>Recuento</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>3,1%</b>	<b>4,2%</b>	<b>3,9%</b>	
	<b>de 1 a 5 años</b>	<b>Recuento</b>	<b>15</b>	<b>49</b>	<b>64</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>11,6%</b>	<b>15,8%</b>	<b>14,5%</b>	
	<b>de 6 a 10 años</b>	<b>Recuento</b>	<b>26</b>	<b>58</b>	<b>84</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>20,2%</b>	<b>18,6%</b>	<b>19,1%</b>	
	<b>de 11 a 15 años</b>	<b>Recuento</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>71</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>13,2%</b>	<b>17,4%</b>	<b>16,1%</b>	
	<b>de 16 a 20 años</b>	<b>Recuento</b>	<b>18</b>	<b>53</b>	<b>71</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>14,0%</b>	<b>17,0%</b>	<b>16,1%</b>	
	<b>de 21 a 25 años</b>	<b>Recuento</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>54</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>15,5%</b>	<b>10,9%</b>	<b>12,3%</b>	
	<b>de 26 a 30 años</b>	<b>Recuento</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>68</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>20,9%</b>	<b>13,2%</b>	<b>15,5%</b>	
	<b>de 31 a 35 años o más</b>	<b>Recuento</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	
		<b>% de Género</b>	<b>1,6%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,5%</b>	
	<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>129</b>	<b>311</b>	<b>440</b>
			<b>% de Género</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

### **1.3. - Tipo de contrato**

El 83,7% de los participantes de la muestra, tiene un contrato indefinido (n=342), el 11,2% tienen contrato temporal (n= 46), y el 5,1% está contratado por sustituciones (n=21). Con relación al tipo de contrato según el género, la frecuencia mayor se da en contratos indefinidos con 342 contratos (74,8% del total de la muestra), correspondiendo el 81,4% a mujeres (n= 236) y el 89,1% a hombres (n= 106). En contrato temporal, la frecuencia es de 46 (11,2%), de los que el 12,1% corresponde a mujeres (n=35) y el 9,2% a hombres (n= 11) La frecuencia menor se presenta con 21 contratos para sustituciones (5,1%), correspondiendo a las mujeres el 6,6% (n=19) y el 1,7% a los hombres (n=2), (gráfico 3 y tabla 3). Abunda más en mujeres el contrato temporal y sustituciones, y en hombres el contrato indefinido, en cuanto a porcentaje.

La prueba chi-cuadrado aplicada para probar la asociación entre el género y el tipo de contrato no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ( $\chi^2=5,09$ ; n.s.;  $p= 0.078$ ) (Anexo I, tabla 7).

**Gráfico 3.** Recuento. Tipo de contrato

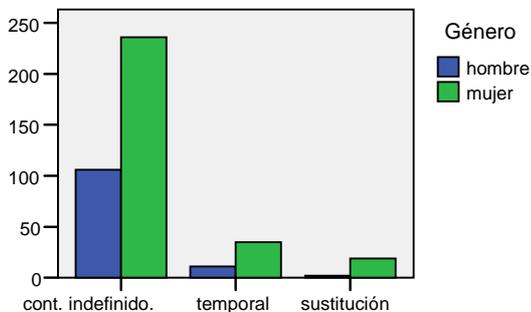


Tabla 3.- porcentaje Tipo de contrato - Género			Género		Total
			hombre	mujer	
Tipo de contrato	cont. indefinido	Recuento	106	236	342
		% de Género	89,1%	81,4%	83,7%
	temporal	Recuento	11	35	46
		% de Género	9,2%	12,1%	11,2%
	sustitucion	Recuento	2	19	21
		% de Género	1,7%	6,6%	5,1%
Total		Recuento	119	290	409
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

#### 1.4. - Tipo de horario

De los 457 participantes de la muestra, responden de forma válida 394, de los que 223 (56'60%) tienen horario diurno, 15 (3,8%) nocturno y 156 (39,6%) ambos. El turno diurno lo realiza un 57,6% de las mujeres y un 54,2% de los hombres. Los turnos rodados día/noche los trabajan un 40,2% mujeres (n=111) y un

## Resultados

38,1% hombres (n=45) (tabla 4). No obstante, la diferencia más marcada la encontramos en el turno de noche, ya que lo realiza un 2,2% del total de mujeres, frente a un 7,6% del total de hombres (gráfico 3.1. y tabla 4). La prueba chi-cuadrado aplicada para comprobar la independencia del género y el tipo de horario ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que el género y el tipo de horario están relacionados ( $\chi^2=6,71$ ;  $p<0,035$ ) (Anexo I, tabla 8)

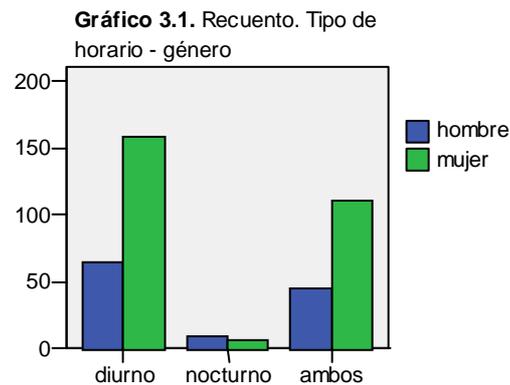


Tabla 4.- Porcentajes Tipo horario-género			Género		Total
			hombre	mujer	
Tipo de horario	diurno	Recuento	64	159	223
		% de Género	54,2%	57,6%	56,6%
	nocturno	Recuento	9	6	15
		% de Género	7,6%	2,2%	3,8%
	ambos	Recuento	45	111	156
		% de Género	38,1%	40,2%	39,6%
Total		Recuento	118	276	394
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### **1.5. - Tipo de jornada**

La jornada continua la realiza el 96,3% de la muestra (n=389) y la jornada partida el 3,7% (n=15).

Respecto al género, la jornada continua la realiza el 96,5% (n=275) del total de las mujeres (n=285), y el 95,8% (n=114) de los hombres (n=119), lo que supone un 85% (n=389) de la muestra total en esta variable (n=404). La frecuencia en turno partido es considerablemente menor ya que sólo se da en un 3,5% (n=10) en mujeres y en un 4,2% (n=5) en hombres (gráfico 3.2 y tabla 5). No se encuentran diferencias significativas entre género y tipo de jornada en la distribución de los datos ( $\chi^2=1,34$ ;  $p=0.510$ ) (Anexo I, tabla 9).

Gráfico 3.2.-Tipo de Jorn.gén.

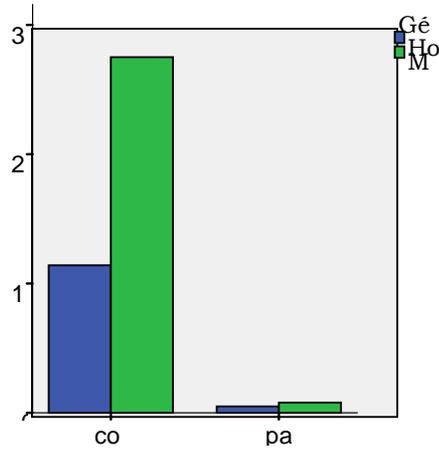


Tabla 5.- Porcentaje tipo jornada-género		Género		Total	
		hombre	mujer		
Tipo de jornada	continuo	Recuento	114	275	389
		% de Género	95,8%	96,5%	96,3%
	partido	Recuento	5	8	13
		% de Género	4,2%	3,5%	3,7%
Total	Total	Recuento	119	283	402
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### 1.6. - Trabajo por turnos

Un 66,7% (n=297) de la muestra (n=445) no trabaja a turnos, y el 33,3% (n=148) sí realiza el trabajo a turnos (gráfico 4).

## Resultados

Con relación a las variables trabajo a turnos - género encontramos que no trabajan a turnos 218 mujeres de las 318 encuestadas (68,6%), y 79 hombres de los 127 totales (17%). Si realizan un trabajo a turnos 100 de las mujeres incluidas en la muestra (31,4%) y 48 hombres (37,8%) (tabla 6). No existe diferencia significativa entre el género y el trabajo a turnos ( $\chi^2=1,64$ ;  $p=0.199$ ) (anexo I, tabla 10)

**Gráfico 4.** Recuento. trabajo a turnos-género

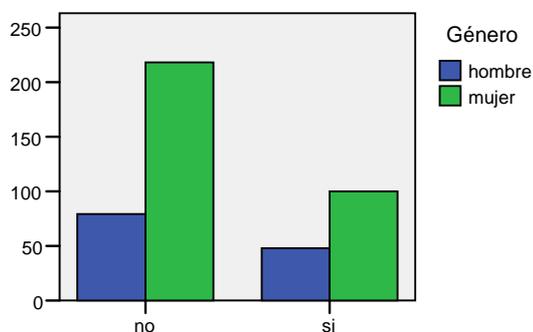


Tabla 6.- Porcentaje trabajo a turnos-género			Género		Total
			hombre	mujer	
Trabajo a turnos	no	Recuento	79	218	297
		% de Género	62,2%	68,6%	66,7%
	si	Recuento	48	100	148
		% de Género	37,8%	31,4%	33,3%
Total		Recuento	127	318	445
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### 1.7. – Realización de guardias

Sí hace guardias un 35,6% (n=144) de la muestra, de los que 100 son mujeres (35,1% de mujeres) y 44 hombres (36,7% de los hombres). No realiza guardias un 64,4% (n=261), de los que 185 son mujeres y 76 son hombres, y de un 11,4% (n= 52) no tenemos información (gráfico 5 y tabla 7) La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de chi cuadrado no arroja diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $\chi^2=0,92$ ; n.s.; p=0.762). (Anexo I, tabla 11)

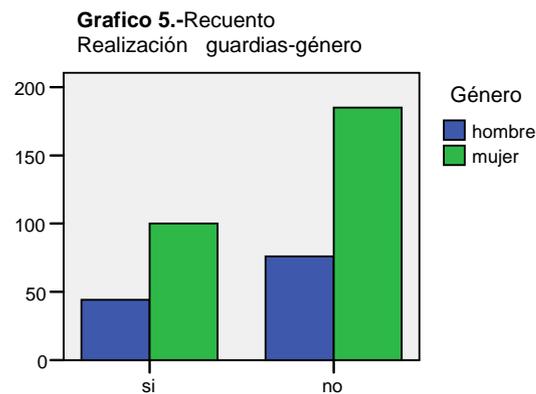


Tabla 7.- Porcentaje realiza guardias-género		Género		Total	
		hombre	mujer		
¿Realiza guardias?	si	Recuento	44	100	144
		% de Género	36,7%	35,1%	35,6%
	no	Recuento	76	185	261
		% de Género	63,3%	64,9%	64,4%
Total		Recuento	120	285	405
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### 1.8. - ¿Realiza actividades de formación continuada?

Realizan actividades de formación continuada el 66,3% (n=303) del total de la muestra, y el resto, un 33,7% (n = 154), no las realiza (gráfico 6). Respecto a esta variable y la variable género, la comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de chi cuadrado presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $\chi^2=4,00$ ;  $p= 0,045$ ). (Anexo I tabla 12). Acceden a actividades de formación un 63,5% del total de mujeres (n=207) y un 73,3% del total de hombres (n=96). (Tabla 8)

**Gráfico 6.** Porcentaje. ¿Realiza actividades de formación continuada?

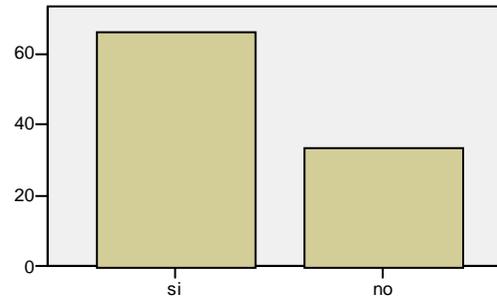


Tabla 8.- porcentaje. ¿Realiza activ.formación - género			Género		Total
			hombre	mujer	total
¿Realiza actividades de formación continuada?	si	Recuento	96	207	303
		% de Género	73,3%	63,5%	66,3%
	no	Recuento	35	119	154
		% de Género	26,7%	36,5%	33,7%
<b>Total</b>		Recuento	131	326	457
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

**1.9. - Actividades de formación: cursos, asistencia a congresos, sesiones de actualización, sesiones clínicas.**

Al especificar las actividades de formación, en la asistencia a los cursos de formación, asiste un 58,4% de la muestra frente al

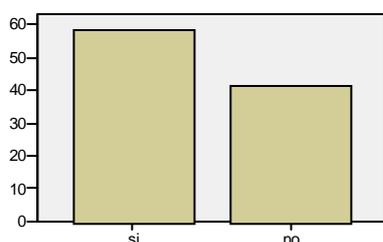
## Resultados

---

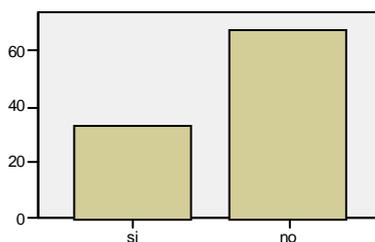
41,6% que no asiste (gráfico 7). Respecto a esta variable y el género, realiza los cursos un 55,8% del total de mujeres incluidas en la muestra frente a un 64,8% de hombres (tabla 9). La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de chi cuadrado no arroja diferencias significativas entre ambas variables ( $\chi^2=3,15$ ; n.s.; $p=0.76$ ) (Anexo I, tabla 13)

En la asistencia a congresos, por el contrario, asiste sólo un 33,3% de la muestra frente al 66,7% que no lo hace (gráfico 8). Con relación a esta variable y las diferencias de género, observamos que asiste a congresos el 42% de hombres frente al 29,8% de mujeres (tabla 10), y encontramos diferencias significativas en la distribución de los datos ( $\chi^2=6,29$ ;  $p=0,012$ ) (Anexo I, tabla 13.1.).

**Gráfico 7.** Porcentaje: asistencia cursos de formación



**Gráfico 8.** Porcentaje. Asistencia a congresos



## Resultados

Tabla 9.- Porcentaje Asiste a cursos formación			Género		Total
			hombre	mujer	total
asistencia cursos de formacion	si	Recuento	85	182	267
		% de Género	64,9%	55,8%	58,4%
	no	Recuento	46	144	190
		% de Género	35,1%	44,2%	41,6%
Total		Recuento	131	326	457
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

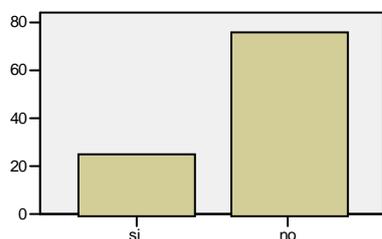
Tabla 10.-Porcentaje Asistencia congresos- género			Género		Total
			hombre	mujer	
Asistencia a congresos	si	Recuento	55	97	152
		% de Género	42,0%	29,8%	33,3%
	no	Recuento	76	229	305
		% de Género	58,0%	70,2%	66,7%
Total		Recuento	131	326	457
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la asistencia a sesiones de actualización, asiste un 29,4% frente al 75,1% que no asiste (gráfico 9). Respecto a esta variable y el género (Anexo I, tabla 13.4) asiste el 35,9% de hombres y el 20,6% de mujeres (tabla 11), y se presentan diferencias significativas en la distribución de los datos ( $\chi^2=11,72$ ;  $p=0,001$ ) (Anexo I, tabla 13.2).

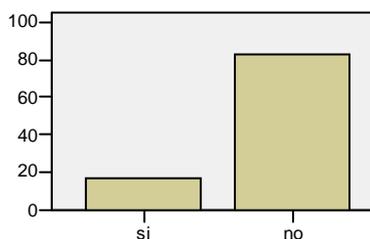
## Resultados

Por último, dentro de esta variable sobre formación continuada, nos encontramos que asisten a sesiones clínicas el 17,7% de los participantes, frente al 82,3% que no asisten (gráfico 10). Con relación al porcentaje de hombres y mujeres que asisten a estas sesiones clínicas, (tabla 12) el 22,9% son hombres y el 15,6% mujer, no existe una asociación estadísticamente significativa en la distribución de estas variables ( $\chi^2=3,37$ ;  $p=0,066$ ) (Anexo I, tabla 13.3)

**Gráfico 9.** Porcentaje asistencia sesiones de actualización



**Gráfico 10.** Porcentaje Sesiones clínicas



**Tabla 11.** Porcentajes sesiones de actualización - Género.

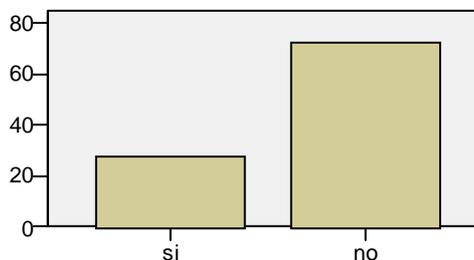
			hombre	mujer	Total
Sesiones de actualización	si	Recuento	47	67	114
		% de Género	35,9%	20,6%	24,9%
	no	Recuento	84	259	343
		% de Género	64,1%	79,4%	75,1%
<b>Total</b>		Recuento	131	326	457
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 12.- Porcentajes Sesiones clínicas - Género			Género		Total
			hombre	mujer	
Sesiones clínicas	si	Recuento	30	51	81
		% de Género	22,9%	15,6%	17,7%
	no	Recuento	101	275	376
		% de Género	77,1%	84,4%	82,3%
Total		Recuento	131	326	457
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### 1.10.- Bajas producidas en los últimos 12 meses

De los 457 participantes en el estudio, el 27,9% ha estado de baja en los últimos 12 meses, y no han producido baja el 72,1% (gráfico 11). Respecto a las bajas producidas en hombres y mujeres, se ha producido un 29,4% de bajas en mujeres frente al 24% en hombres (tabla 13), sin apreciarse significación alguna ( $\chi^2=1,32$ ;  $p=0.249$ ) (Anexo I, tabla 14).

Gráfico 11. Porcentaje de bajas en últimos 12 meses



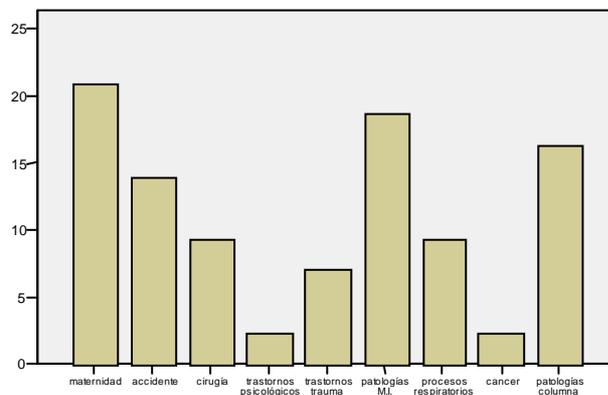
## Resultados

---

<b>Tabla 13.- Porcentajes: ¿Ha estado de baja durante los últimos 12 meses? - Género</b>					
		<b>Género</b>			
			<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>
<b>¿Ha estado de baja durante los últimos 12 meses?</b>	<b>si</b>	<b>Recuento</b>	<b>31</b>	<b>95</b>	<b>126</b>
		<b>% de Género</b>	<b>24,0%</b>	<b>29,4%</b>	<b>27,9%</b>
	<b>no</b>	<b>Recuento</b>	<b>98</b>	<b>228</b>	<b>326</b>
		<b>% de Género</b>	<b>76,0%</b>	<b>70,6%</b>	<b>72,1%</b>
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>129</b>	<b>323</b>	<b>452</b>
		<b>% de Género</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Los motivos informados en la 1ª baja han sido, entre otros, por procesos relacionados con maternidad, patologías de medicina interna y lesiones de columna (gráfico 12). De las 126 personas que presentan baja laboral, sólo 43 informan de los motivos (Anexo I, tabla 14.1)

**Gráfico 12.** Porcentaje de motivo de baja laboral

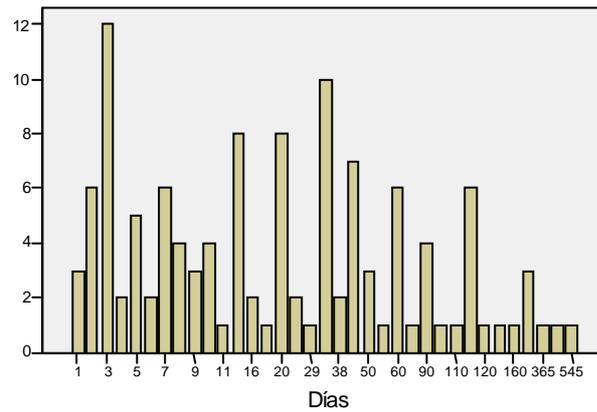


La duración media de estas primeras bajas es de 45,59 días, con una desviación típica de 77,28 días. Sin embargo, debido a la fuerte asimetría de la distribución, conviene contemplar la mediana, situada en 20 días, y la moda, que está en tres días (tabla 13.1, gráfico 13)

La baja ha llegado a ser de más de un año en 3 personas, siendo la frecuencia total de 126 individuos que informan de una baja en los últimos 12 meses. 8 de ellos (6,6%) han llegado a estar dos semanas de baja, y sólo 4 (0,9%) han llegado a los tres meses. 16 personas (2,6%) de la muestra (n=457) han llegado a superar los 100 días de baja (Anexo I, tabla 14.2.)

Tabla 14.-	Duración 1ª baja	
	Válidos	Perdidos
	121	336
<b>Media</b>	45,59	
<b>Mediana</b>	20,00	
<b>Moda</b>	3	
<b>Desv. típ.</b>	77,28	
<b>Asimetría</b>	4,01	
<b>Error típ. de asimetría</b>	,220	
<b>Curtosis</b>	19,97	
<b>Error típ. de curtosis</b>	,437	
<b>Mínimo</b>	1	
<b>Máximo</b>	545	

**Gráfico 13.** Duración 1ª baja



## **2. - Indicadores psicosociales de la salud y el bienestar en trabajadores de enfermería**

### **2.1 .-Satisfacción laboral.-**

El cuestionario S10/12 de Meliá y Peiró utilizado para la medida global y específica de la satisfacción, tal y como explicamos en el apartado de instrumentos utilizado en el estudio, está formado por doce ítems, mide la satisfacción en el trabajo en una escala tipo Likert, con puntuaciones que van desde 1, “Muy insatisfecho”, hasta 7, “Muy satisfecho”, (a mayor puntuación, mayor satisfacción en el trabajo).

Consta de tres dimensiones: Satisfacción con la supervisión, con el ambiente físico y con las prestaciones percibidas.

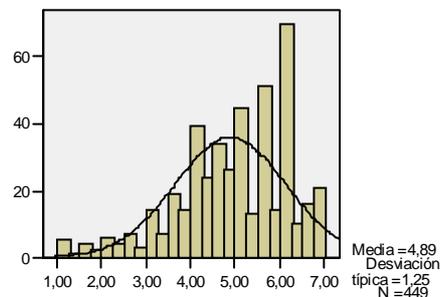
#### **2.1.1. - “Satisfacción con la supervisión o supervisores”** (Ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Esta dimensión recoge el grado de satisfacción en la relación laboral con los supervisores y superiores, y su labor de control y supervisión. Los resultados obtenidos presentan una puntuación media de 4,89, con una desviación típica de 1,25 (gráfico 14). La

puntuación máxima es 7 y la mínima 1 con un índice de fiabilidad de 0,919 ( tabla 15 y Anexo II, tabla 0).

En la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla1) puede observarse que un 11,8% de los participantes *está insatisfecho* con su trabajo frente a un 67,8% que *está satisfecho*. Un 20,4% no están *ni satisfechos ni insatisfechos*. La media mayor en satisfacción se presenta en el ítem *Satisfacción con las relaciones personales con los superiores* (media= 5,10; d.t.= 1,44), y observamos en la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 1.2.) en este ítem que un 14,7% de los participantes *está insatisfecho*, frente a un 69,7% que *está satisfecho*, y un 15,6% no está *ni satisfecho ni insatisfecho*. La menor puntuación está en *Satisfacción con la percepción de trato justo e igualitario* (media = 4,28; d.t.=1,68) (Anexo II, tabla1.1). y nos muestra la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 1.3.) a un 33,3% de los participantes *insatisfechos*, frente a un 50,4,% que *está satisfecho*, y un 16,3% no está *ni satisfecho ni insatisfecho*.

**Gráfico 14. Frecuencia.**  
Satisf. con supervisión



### 2.1.2. - “Satisfacción con el ambiente físico” (Ítems 1, 2, 3 y 4).

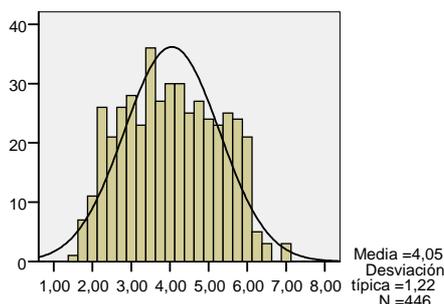
Obtenemos una puntuación media de 4,05, con una desviación típica de 1,22 y un índice de fiabilidad de 0,734 (gráfico 15) siendo la máxima puntuación 7 y la mínima 1,50 (Tabla 15 y Anexo II, tabla 0).

En la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 2) puede observarse que un 32,1% de los participantes *está insatisfecho* con su trabajo frente a un 40,4% que *está satisfecho*. Un 27,5 no están *ni satisfechos ni insatisfechos*. Respecto a los ítems de esta dimensión la media mayor se presenta en el ítem 1, *los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar*, con una media de 4,46 y una desviación típica de 1,40. Un 25,3% *está insatisfecho*,

frente al 53,2% *satisfechos* y un 21,5% manifiestan no estar *ni satisfechos ni insatisfechos* (Anexo II, tabla 2.2.)

La menor puntuación, con una media de 3,77 y una desviación típica de 1,79, es en el ítem 3, *el entorno físico y el espacio de que dispone* (Anexo II. tabla 2.1). Un 48,5% *está insatisfecho*, frente al 39,3% *satisfechos*, y un 12,2% no está *ni satisfecho ni insatisfecho* (Anexo II, tabla 2.3.)

**Gráfico 15.** Frecuencia.  
Satisfacción con el ambiente



**2.1.3. - “Satisfacción con las prestaciones percibidas”** (Ítems 11 y 12).

Presenta una puntuación de 4,17, con una desviación típica de 1,45 (gráfico 16), con un índice de fiabilidad de 0,888 y una

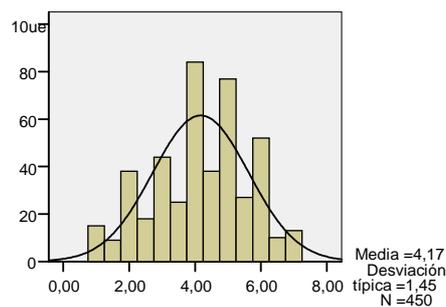
## Resultados

---

puntuación máxima de 7 y una mínima de 1 (Tabla 15 y Anexo II, tabla 0).

En la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 3) puede observarse que un 27,6% de los participantes *está insatisfecho* con su trabajo frente a un 48,2% que *está satisfecho*. Un 24,2% se manifiestan *ni satisfechos ni insatisfechos*. La puntuación media mayor en satisfacción se da en el ítem11, *el grado en que su empresa cumple el convenio, leyes...* con 4,37, y una desviación típica de 1,53 (Anexo II. tabla 3.1). El 26,4% *está insatisfecho*, el 23,7% *ni satisfecho ni insatisfecho*, y un 49,9% afirman *estar satisfechos* (Anexo II. tabla 3.2).

**Gráfico 16.** Frecuencia.  
Satisfacción con prestaciones



#### 2.1.4. - “Satisfacción total”.

La satisfacción total presenta una puntuación media de 4,50 y una desviación típica de 1,06 (gráfico 17) y un índice de fiabilidad de 0,898 (tabla 15 y Anexo II. tabla 0). En la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 4) puede observarse que un 15,6% de los participantes está *insatisfecho* con su trabajo frente a un 53,1% que *está satisfecho*. Un 31,3% no está *ni satisfecho ni insatisfecho*.

**Gráfico 17.**Frecuencias.  
Satisfacción total

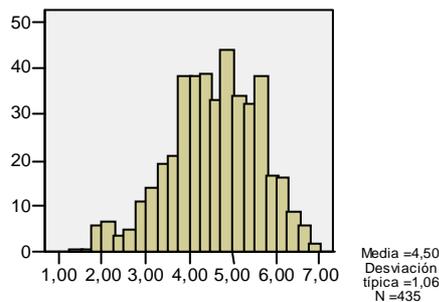


Tabla 15. Estadísticos. Satisfacción total y dimensiones		Satisfacción total	satis_super	satis_ambie	satis_presta
N	Válidos	435	449	446	450
	Perdidos	22	8	11	7
Media		4.50	4.89	4.05	4.17
Desv. típ.		1.06	1.25	1.22	1.45
Asimetría		-.352	-.710	.074	-.258
Error típ. de asimetría		.117	.115	.116	.115
Curtosis		-.093	.311	-.932	-.588
Error típ. de curtosis		.234	.230	.231	.230
Mínimo		1.33	1.00	1.50	1.00
Máximo		7.00	7.00	7.00	7.00
- Alfa de Cronbach (Índice de fiabilidad).....		,898	,919	,734	,888
- Número de elementos.....		12	6	4	2

### 2.1.5. - Análisis factorial del cuestionario de satisfacción laboral

Con el fin de confirmar en nuestra muestra la existencia de las tres dimensiones del cuestionario de satisfacción laboral, hemos realizado un análisis factorial mediante el método de los Componentes Principales con rotación Varimax. Se ha comprobado el cumplimiento de los requisitos necesarios para la correcta aplicación de esta prueba, el grado de correlación entre

las variables, y la adecuación de la muestra a este análisis (Anexo II, tablas, 5, 5.1, 5.2 y gráfico 5).

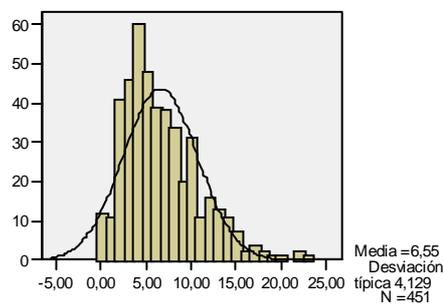
### **2.2. - Trastornos del sueño. Escala de Somnolencia de Epworth**

Los resultados obtenidos de la muestra (n = 451) sobre el nivel de somnolencia diurna como indicador de calidad del sueño nos presentan una puntuación media de 6,55 y una desviación típica de 4,55 (gráfico 18). Según la valoración de Serra (2000), el corte de las puntuaciones de la escala señala entre 0 y 6, *ausencia de somnolencia*, entre 14 y 19 de puntuación *somnolencia moderada*, y de 20 a 24 o más, *somnolencia grave*.

En la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 6.1) podemos observar que un 57% de los participantes en la muestra presenta *ausencia de somnolencia*, un 36,1% muestra *ligera somnolencia*, el 5,8% *moderada somnolencia*, y sólo un 1,1% tiene más de 20 de puntuación, o *grave somnolencia*. El ítem nº 5 es el que presenta mayor somnolencia, (*descansando por la tarde cuando las circunstancias lo permiten*), con 1,78 de puntuación media (Anexo II, tabla 6.2). Observamos en la tabla de frecuencias de este ítem que un 13% de la muestra presenta *ausencia de somnolencia*, un

28% *ligera somnolencia*, un 26,4% *moderada* y un 32,1% *alta somnolencia* (Anexo II, tabla 6.3)

**Gráfico 18.** Frecuencias.  
Somnolencia



### **2.3. - Sintomatología psicósomática asociada al nivel de estrés**

Los resultados obtenidos de la muestra (n= 446) presentan una puntuación media de 29,33% sobre la máxima de 72 que puede obtenerse en esta escala, y una desviación típica de 10,89 (gráfico 19 y Anexo II, tabla 7))

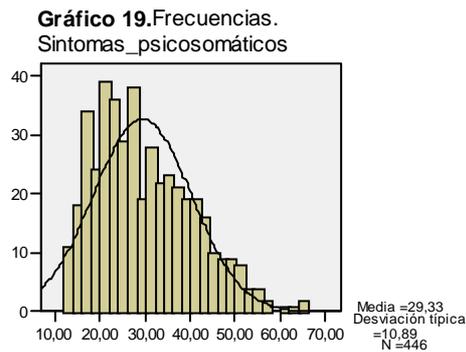
La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 7.1.) muestra que el 55.6% *nunca o raras veces* ha tenido síntomas psicósomáticos, un 42.2% los han padecido *alguna vez o con relativa frecuencia*, y sólo un 2,2% manifiesta *tener síntomas frecuentes*.

## Resultados

---

En los ítems de esta escala, la media mayor es de 3,36% en el ítem nº 4 (*sensación de cansancio extremo o agotamiento*). La tabla de frecuencias presenta que en este ítem un 11,2% *nunca* lo ha padecido, el 21,8% *raras veces*, un 17,8% *pocas veces*, un 26% *algunas veces*, un 15,2% *con frecuencia* y un 7,9% *con mucha frecuencia* (Anexo II, tabla 7.3.).

La más baja corresponde al ítem nº 9 con una media de 1,80 (*temblores musculares*), (Anexo II. Tabla 7.2.). Un 59% *nunca* los ha tenido, frente a un 1,8% que los tiene con *mucha frecuencia* y un 9,2% los padece *algunas veces* (Anexo II, tabla 7.4.).



## 2.4. - Burnout. Cuestionario MBI-GS

El cuestionario MBI-GS (*burnout*) presenta 16 ítems tipo Likert con 7 opciones de respuestas que van desde “nunca” (0) hasta “siempre” (6), y que reflejan la frecuencia a la que los sujetos les ocurren determinadas respuestas relacionadas con el estrés laboral.

**2.4.1.** - En la medición de la dimensión correspondiente al factor **“eficacia profesional”** (MBI \_ EP), referida a la buena valoración de la ejecución y comportamiento eficaz en el trabajo, la muestra (n=441) presenta en los ítems 5, 7, 10, 11, 12 y 16, una puntuación media de 1,72, y una desviación típica de 0,98 (gráfico 20), presentando un índice de fiabilidad de 0,78% (Anexo II, tabla 11)

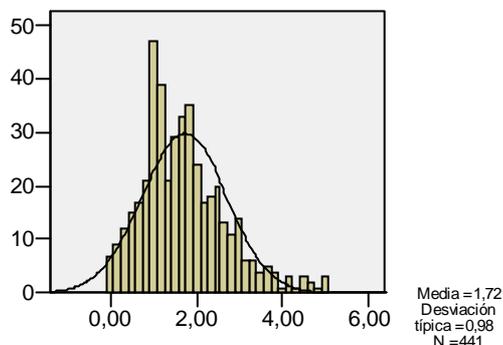
En esta dimensión de *burnout* se mide a más puntuación menos *burnout*, a la inversa que en las otras dos dimensiones, tal y como expusimos al explicar los instrumentos utilizados.

La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 8) muestra que un 6,3% de la muestra *nunca* ha sufrido estas situaciones, casi *nunca* un 36,3%, *algunas veces* un 35,4%, *regularmente* un 15,9%,

*bastantes veces* un 4,1%, y sólo un 2% dicen que *casi siempre* sufren estas situaciones de *burnout*. Ninguno de los participantes de la muestra llega a la puntuación máxima de 6 en esta escala, lo que supondría sufrir estas situaciones, síntomas de *burnout*, *siempre*.

Respecto a las medias que nos presentan los ítems, la puntuación más baja, con 1,32% de media, corresponde al ítem nº 11 (*me estimula conseguir objetivos en mi trabajo*). En este ítem un 28,7% de la muestra que responden *nunca*, el 7% *regularmente*, un 6,1% *bastante* y un 0,9 responde *siempre* ante este ítem (Anexo II, tabla 8.2.). La puntuación mayor, con una media de 2,50, corresponde al ítem nº 12 (*he conseguido muchas cosas valiosas en este puesto*) (Anexo II tabla 8.1) y observamos en la tabla de frecuencias que responden *casi nunca* un 20,2%, *regularmente* un 10,8% y *de bastante a siempre* un 29,7% de la muestra (Anexo II, tala 8.3)

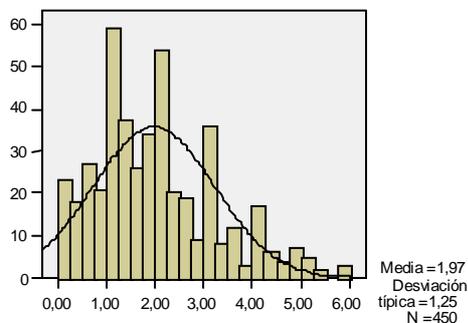
**Gráfico 20.** Frecuencia  
Burnout, Eficacia profesional



**2.4.2.** - La dimensión, compuesta por los ítems 1, 2, 3, 4 y 6, mide el factor “**agotamiento emocional**” en el trabajo, MBI \_ AE. Los resultados derivados de la muestra (n = 450) referidos a este factor, nos presentan una puntuación media de 1,97, con una desviación típica de 1,25 (gráfico 21). El índice de fiabilidad es de 0,90 (anexo II. Tabla 11).

Observamos en la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 9) que un 9,1% *nunca* han padecido agotamiento emocional, un 32% *casi nunca*, un 29,8% *algunas veces*; el 16% dicen tener estos síntomas *regularmente*, un 8,4% *bastantes veces*, un 4% manifiestan padecerlos *casi siempre* y sólo un 0,7% los padece *siempre*.

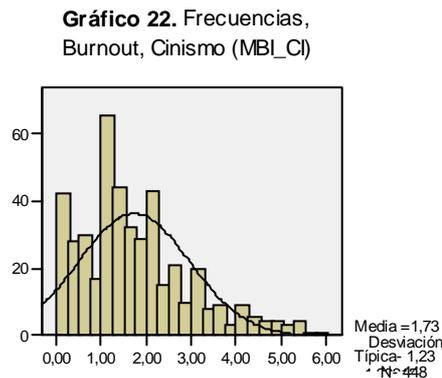
**Gráfico 21.** Frecuencias.  
Burnout, Agotamiento emocional  
(MBI\_AE)



La puntuación media mayor entre los ítems de este factor, corresponde con 2,30% al n° 2 (*estoy consumido al final de un día de trabajo*), afirmando un 7,5% de la muestra no sentirse en ese estado *nunca*, *algunas veces* un 37,7% y *de casi siempre a siempre* un 11,2% (Anexo II, tabla 9.1. y 9.2.) La media menor la presenta con 1,75 el ítem n° 4 (*trabajar todo el día es una tensión para mí*),n y en la tabla de frecuencias se observa que responden *nunca o casi nunca* un 50,2%, *algunas veces* un 27,5% y *de bastantes veces a siempre* un 15,9% de la muestra (Anexo II, tabla 9.1. y 9.3)

**2.4.3.** - La dimensión referida al factor **“cinismo”** MBI\_ CI, mide el nivel de desencanto con el trabajo. Los resultados de la muestra (n= 448) derivados de sus ítems 8,9,13,14 y 15, presentan una puntuación media de 1,73 con una desviación

típica de 1,23 (gráfico 22). En este factor el índice de fiabilidad es de 0'801 (Anexo II. Tabla 11)



La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 10), presenta que un 50,4% de la muestra *nunca o casi nunca* ha sufrido *burnout*. Un 26,6% *algunas veces*. Un 13,2% *regularmente*. Un 6% lo padecen *bastantes veces y casi siempre o siempre* un 3,8%.

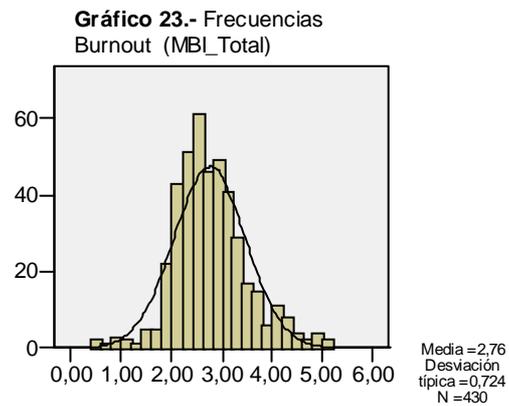
Respecto a los ítems que valoran “cinismo”, la media mayor corresponde al ítem 13 (*quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado*) con una puntuación media de 2,72, y la más baja con 1,35 de media, al ítem 8 (*he perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto*) (Anexo II, tabla 10.1.).

En el ítem de mayor puntuación un 33,8% de la muestra contesta ante este ítem *nunca o casi nunca* frente al 29,9% que responde *de bastantes veces a siempre*. Un 36,3% contesta *regularmente* (Anexo II, tabla 10.2).

En el ítem de menor puntuación, en la tabla de frecuencias observamos que un 64,3% de la muestra contesta ante este ítem *nunca o casi nunca* frente al 12,1% que responde *de bastantes veces a siempre*. Un 23,6% responden *regularmente* (Anexo II, tabla 10.3).

**2.4.4.** - Los resultados de **MBI\_GS Total** nos presentan, valorando de forma inversa los ítems de “eficacia profesional” (5,7,10,11,12 y 16), una puntuación media de 2,76, y una desviación típica de 0,72. (gráfico 23) y Los 16 ítems presentan un índice de fiabilidad de 0,86 (Anexo II. Tabla 11)

La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 11) muestra que un 2,6% no han padecido sintomatologías de *burnout nunca o casi nunca*, el 34,2 *alguna vez*, un 47,9% *regularmente*, un 13,3% *bastantes veces*, y sólo un 2,1% manifiesta haberlo padecido *casi siempre*.



#### **2.4.5. - Análisis factorial del cuestionario burnout**

Con el fin de confirmar en nuestra muestra la existencia de las tres dimensiones del cuestionario de MBI-GS (*burnout*), hemos realizado un análisis factorial mediante el método de los Componentes Principales con rotación Varimax. Se ha comprobado el cumplimiento de los requisitos necesarios para la correcta aplicación de esta prueba, el grado de correlación entre las variables y la adecuación de la muestra a este análisis (Anexo II, tablas,12, 12.1, 12.2. y gráfico 12).

## **2.5. - Bienestar psicológico**

Este cuestionario consta de 28 ítems con cuatro alternativas de respuesta que indican el grado en que han sentido diversos síntomas relacionados con la falta de salud y bienestar.

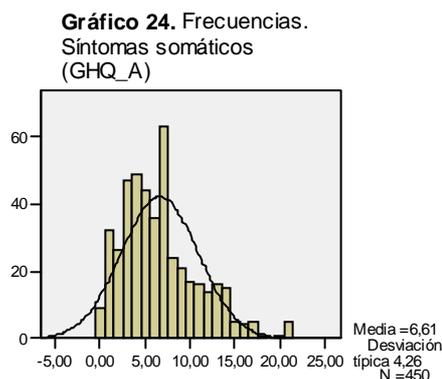
Como ya explicamos en la descripción de instrumentos, recordamos que el cuestionario mide 4 dimensiones del bienestar psicológico: síntomas somáticos, angustia e insomnio, disfunción social y depresión grave, a través de 7 ítems cada una, con un rango de 0 a 3, una puntuación máxima de 21 y un punto de corte igual o mayor a 3 en cada subescala de las dimensiones, siendo posible también la obtención de una puntuación global (cuyo máximo sería 84 puntos) que indicaría el nivel de desarreglo psicológico, considerando que la puntuación de corte será igual o mayor de 7 y partiendo de una interpretación de los datos en los que a “más puntuación hay menor bienestar”.

**2.5.1.** - Los resultados correspondientes a “**síntomas somáticos**” (GHQ-A), muestran una puntuación media de 6,61 (n=450) sobre la de 21 como puntuación máxima posible, y una

## Resultados

---

desviación típica de 4,26. Su índice de fiabilidad es de 0,888 (gráfico 24 y Anexo II, tabla 13).

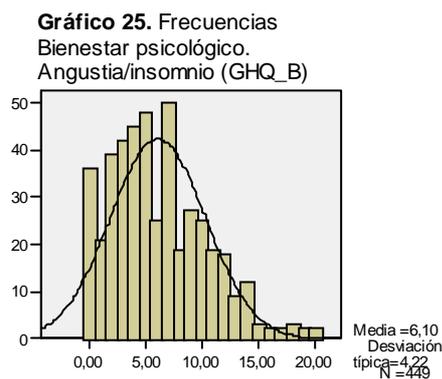


La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 13.1) presenta, sobre el bienestar psicológico de los componentes de la muestra respecto a “síntomas somáticos” una media de 25,3% que se encuentran *mejor de lo habitual*, traducido como no presencia de síntomas somáticos, frente a un 74,7% que si los tienen.

En la media de cada uno de los ítems, encontramos en la de mayor puntuación con 1,32 en la pregunta 1 (*se ha sentido bien de salud y en plena forma*), que un 68,4% *no* han tenido síntoma somáticos frente al 31,5% que responde que *sí* los han padecido. En el ítem con la puntuación más baja, el ítem 7, con una media de 0,65 (*ha tenido oleadas de calor o escalofríos*), sin olvidar que a

más puntuación existe menor bienestar, han respondido *no* el 84,3% frente al *si* de un 15,7% de la muestra (Anexo II, tabla 13.2., 13.3 y 13.4)

**2.5.2.** - En la dimensión, “**angustia/insomnio**” (GHQ-B), los resultados presentan una puntuación media de 6,10 (n = 449) y desviación típica de 4,22 (gráfico 25) con un índice de fiabilidad de 0,893 (Anexo II, tabla 13)



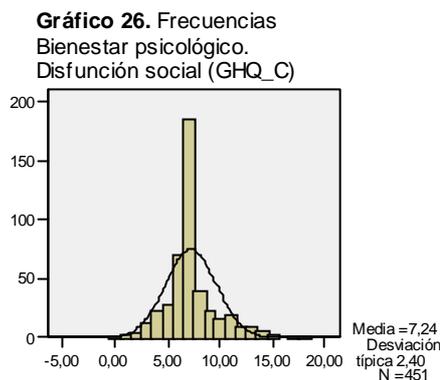
La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 14) presenta en esta dimensión que un 30,7% de los participantes del estudio manifiesta no estar afectado en su bienestar *en absoluto*, frente al 69,3% que si han tenido angustia e insomnio, sin llegar ninguno a la puntuación máxima de 21, o menor bienestar psicológico posible en esta escala.

## Resultados

---

Respecto a los ítems en esta dimensión la puntuación media mayor es en el ítem 4 con 1,12 de media (*se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado*), con un 70,2% de los encuestados que responde *no* frente al 29,8% que contestan *si*. En el ítem con la mínima puntuación en esta dimensión de bienestar psicológico, el ítem 5, con 0,40 de puntuación (*se ha asustado y ha tenido pánico sin motivo*) el 94,3% responde *no* y el restante 25,7% contesta *si*.(Anexo II, tabla 14.1., 14.2 y 14.3).

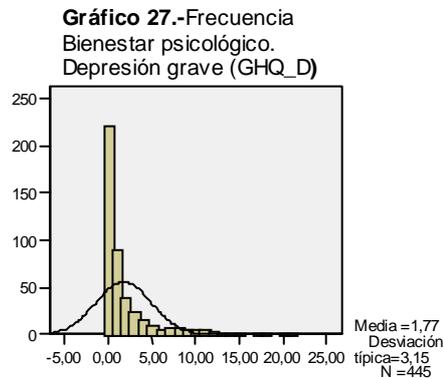
**2.5.3.** - En dimensión, **“disfunción social”** (GHQ-C.), la puntuación media es de 7,24 y la desviación típica de 2,40 (gráfico 26) con un índice de fiabilidad de 0,785 (Anexo II, tabla 13).



La tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 15) presenta que un 4,4% de la muestra se encuentra con un *mejor bienestar psicológico de lo habitual* en esta dimensión, y el 95,6% restante si han sufrido disfunción social, sin llegar ninguno de los encuestados a 21, puntuación máxima de la escala.

Respecto a los ítems de esta dimensión, la puntuación media mayor es en el ítem 2 con 1,14 (*¿le cuesta más tiempo hacer las cosas?*), y la menor en el ítem 6 con 0,92 de puntuación (*¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?*). Al de mayor puntuación contesta *no* el 82,1% frente a un 17,2% que dice *si*. En el ítem 6, responde *no* un 7,7 % frente al 92,3 que responde *si* (Anexo II, tabla 15.1., 15.2 y 15.3)

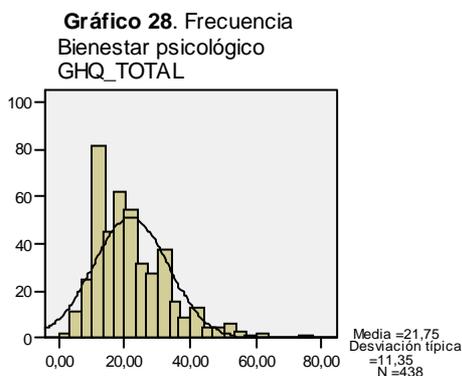
**2.5.4.** - En la dimensión “**depresión grave**” (GHQ-D), los resultados nos presentan una puntuación media de 1,77 y una desviación típica de 3,15 (gráfico 27), con un Índice de fiabilidad de 0,905 (Anexo II, tabla 13)



En la tabla de frecuencias (Anexo II, tabla 16) gozan de *un mejor bienestar psicológico de lo habitual* un 84,3%, a diferencia del 15,7% restante que manifiesta que sí ha disminuido su bienestar por depresión grave.

Con relación a los ítems en esta dimensión, el ítem n° 5 presenta la puntuación media mayor con 0,50 (*¿ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?*), y la mínima en el ítem 7 con 0,13 de puntuación media (*¿ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?*) (Anexo II, tabla 16.1). Al de mayor puntuación contesta *no* el 91,7% frente a un 8,37 que dice *si*. En el ítem 7, responde *no* un 95,8 % frente al 3,5% que responde *si* (Anexo II, tabla 15.1., 15.2 y 15.3)

**2.5.5.** - Los resultados de bienestar psicológico en la **“escala global”** presentan una puntuación media de 21,75 y una desviación típica de 11,35 (gráfico 28) A mayor puntuación lo traduciremos en menor bienestar. El índice de fiabilidad es de 0,936 (Anexo II, tabla 13). En la escala global, recordando que la puntuación de corte utilizada es igual o mayor de 7, en la tabla de frecuencias observamos (Anexo II, tabla 17) que no tienen problemas de bienestar psicológico un 3% de la muestra, frente al 97% restante que sí presenta problemas de bienestar psicológico, aunque ningún participante alcanza la cifra de 84, o máxima puntuación de la escala.



En las 4 subescalas encontramos que es la escala GHQ\_D **“depresión grave”**, la que presenta la media menor, traducido a

## Resultados

---

mayor bienestar psicológico, seguida de la GHQ\_B, relativa a la dimensión **“angustia e insomnio”**. La escala GHQ\_A y GHQ\_C, **“síntomas somáticos”** y **“disfunción social”** respectivamente, son las que menor bienestar psicológico manifiesta en sus resultados con las medias mayores. (tabla 16)

Tabla 16.-Bienestar psicológico		GHQ_A	GHQ_B	GHQ_C	GHQ_D	GHQ_total
N	Válidos	450	449	451	445	438
	Perdidos	7	8	6	12	19
	Media	6,61	6,10	7,24	1,77	21,75
	Desv. típ.	4,26	4,22	2,40	3,15	11,35
	Asimetría	,898	,681	,890	2,85	1,14
	Error típ. de asimetría	,115	,115	,115	,116	,117
	Curtosis	,657	,130	2,30	9,71	1,59
	Error típ. de curtosis	,230	,230	,229	,231	,233
	Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00
	Máximo	21,00	20,00	18,00	21,00	74,00

### **2.5.6. - Análisis factorial cuestionario Bienestar Psicológico**

Hemos realizado un análisis factorial mediante el método de los Componentes Principales con rotación Varimax. Se ha comprobado el cumplimiento de los requisitos necesarios para la correcta aplicación de esta prueba, el grado de correlación entre las variables, y la adecuación de la muestra a este análisis (Anexo II, tablas,18, 18.1, 18.2. y gráfico 18)

Para una visión más clara de todas las estadísticas que hemos presentado de las diferentes variables sociodemográficas, sociolaborales y psicosociales, aportamos en Anexo II una relación de tablas que contienen todos los datos estadísticos de las variables sociodemográficas y sociolaborales (Anexo II, tablas 19 y 19.1.) así como los datos estadísticos de las variables psicosociales (Anexo II, tablas 19.2 y 19.3.).

### **2.6.- Correlación entre las variables psicosociales.**

Tras presentar los resultados descriptivos de las variables psicosociales y resto de variables sociolaborales y

sociodemográficas, hemos efectuado un análisis de correlaciones bivariadas para conocer el nivel de correlación que existe entre todas y cada una de las variables psicosociales (satisfacción laboral, síntomas psicósomáticos, somnolencia, *burnout* y bienestar psicológico). Como resultado de ello podemos afirmar que existe, en estas variables psicosociales, diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), tal y como puede observarse en la tabla 17.

Se observa una correlación lineal significativa de tipo inverso entre satisfacción total y somnolencia, síntomas psicósomáticos, MBI Total y GHQ Total, lo que indica que un incremento de satisfacción va asociado a un descenso del resto de los indicadores psicosociales (tabla 17).

Por el contrario, todos los indicadores de las variables restantes están significativamente relacionados entre sí de forma positiva.

Tabla 17.-	Correlaciones Var. psicococ.	Somnolencia	Síntoma Psicococ.	MBI Total	GHQ Total
Satisfac. Total	Correlación de Pearson	-,099(*)	-,244(**)	-,367(**)	-,233(**)
	Sig. (bilateral)	,039	,000	,000	,000
	N	431	424	410	417
Somnolencia	Correlación de Pearson		,289(**)	,236(**)	,220(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N		440	425	433
Síntomas psicococ.	Correlación de Pearson			,546(**)	,685(**)
	Sig. (bilateral)			,000	,000
	N			423	427
MBI total	Correlación de Pearson				,455(**)
	Sig. (bilateral)				,000
	N				412

\*p<0,05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0,001

## RESULTADOS (2º apartado)

### 3.- Variables sociodemográficas y sociolaborales relacionadas con los indicadores psicococales.

Para la obtención de estos datos hemos utilizado el análisis de correlación bivariada para establecer la asociación entre cada una de las variables psicococales y las cuantitativas sociodemográficas y sociolaborales (edad, antigüedad en el puesto y en la empresa).

La prueba "T" de Student para la asociación entre psicosociales y cualitativas de dos niveles o posibles respuestas (género, ¿trabaja a turnos?, ¿realiza guardias?, ¿formación continuada?), y Anova de un factor para conocer si existen diferencias significativas en las variables psicosociales y variables cualitativas de tres opciones de respuesta (tipo de jornada, tipo de contrato, tipo de horario, estado civil).

### **3.1.- Estado Civil.**

En cuanto a estado civil-variables psicosociales, observamos (tabla 18, gráficos 29, 30, 31, 32 y 33, y Anexo II, tabla 2)) que la media mayor en satisfacción laboral corresponde a los *solteros* de la muestra y la menor a los *separados o divorciados* ( $f= 0,64$ ;  $p>0.05$ )

También son los componentes de la muestra con estado civil *separado o divorciado* los que obtienen más puntuación media en *burnout* ( $f= 1,90$ ;  $p>0.05$ ), síntomas psicosomáticos ( $f= 0,53$ ;  $p>0.05$ ) y somnolencia ( $f= 1,15$ ;  $p>0.05$ ) y menos puntuación media en bienestar psicológico ( $f=2,22$ ;  $p>0.05$ ), siendo los *solteros*,

## Resultados

nuevamente, los que menos puntuación presentan en estas variables.

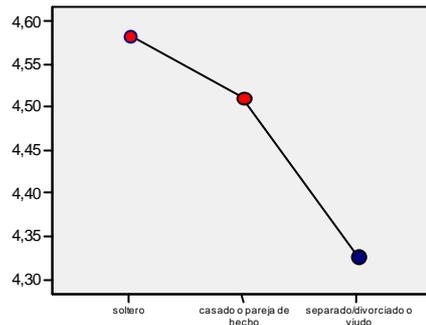
<b>Tabla 18</b>	<b>Variables psicosociales - Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típica</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Satisfac. total</b>	soltero	95	4,58	1,06	<b>0,64</b>	<b>0,63</b>
	Casado/p. de hecho	293	4,51	1,03		
	Separ./div. o viudo	46	4,32	1,16		
	<b>Total</b>	<b>434</b>	<b>4,50</b>	<b>1,05</b>		
<b>MBI. total</b>	soltero	89	2,60	,800	<b>1,90</b>	<b>0,10</b>
	Casado/p. de hecho	296	2,77	,684		
	Separ./div. o viudo	43	2,94	,758		
	<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>2,75</b>	<b>,720</b>		
<b>Somnol.</b>	soltero	95	6,04	4,28	<b>1,15</b>	<b>0,33</b>
	Casado/p. de hecho	308	6,57	3,97		
	Sepa./div. o viudo	46	7,45	4,70		
	<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>6,55</b>	<b>4,12</b>		
<b>Sint.psic</b>	soltero	95	28,47	10,99	<b>0,53</b>	<b>0,71</b>
	Casado/p. de hecho	304	29,34	10,82		
	Separ./div. o viudo	45	30,82	11,10		
	<b>Total</b>	<b>444</b>	<b>29,30</b>	<b>10,88</b>		
<b>GHQ_TO TAL</b>	soltero	93	20,45	12,23	<b>2,22</b>	<b>0,06</b>
	Casad/p. de echo	299	21,68	10,66		
	Separ./div. o viudo	44	24,38	13,50		
	<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>21,69</b>	<b>11,34</b>		

No existen diferencias significativas en función del estado civil en las variables analizadas (tabla 7). Dado que la prueba

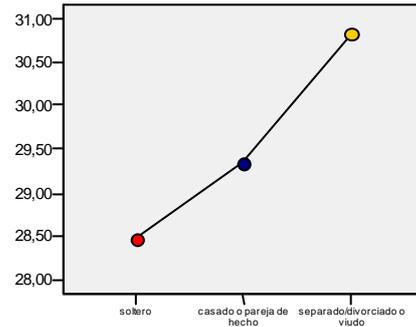
## Resultados

---

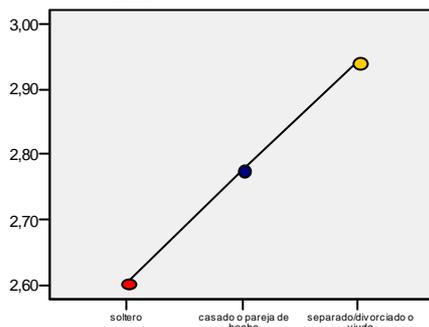
ómnibus no ha resultado significativa, no procede la aplicación de la prueba de Tukey, ya que no existen diferencias significativas.



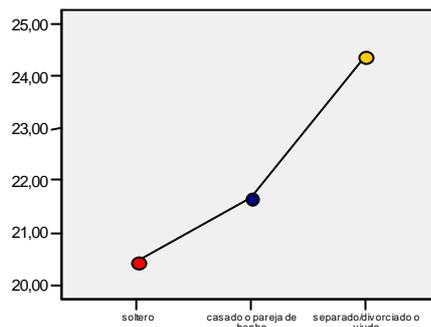
**Gráfico 29.** Estado civil. Satisfacción total



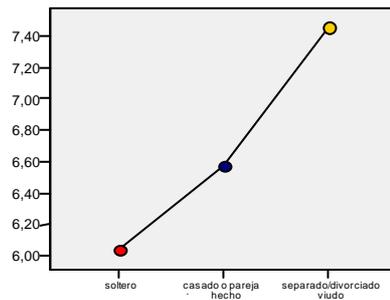
**Gráfico 30.** Estado civil-Síntomas psicossomáticos



**Gráfico 31.** Estado civil- Burnout



**Gráfico 32.** Est. civil – Bien. psicológico



**Gráfico 33.** Estado civil - Somnolencia

### 3.2.- Tipo de horario.

En las opciones de respuesta al tipo de horario (diurno, nocturno o ambos), observamos (tabla 19, gráficos 34, 35, 36, 37 y 38, y Anexo II, tabla 3) que la media mayor en satisfacción está entre los que realizan *horario diurno* y la menor se encuentra entre los que realizan *horario nocturno*, encontrando diferencia significativa con esta variable y satisfacción ( $f=3,16$ ;  $p=0.043$ ).

En cuanto a somnolencia, es mayor la media de somnolencia en el *horario nocturno* y la menor la presenta los que realizan *ambos horarios* de trabajo ( $f=0.38$ ;  $p>0.05$ )

Aparecen más síntomas psicossomáticos en los del *horario diurno* y menos en los que realizan *horario de noche* ( $f= 2,06$ ;  $p>0.05$ )

Existe más bienestar psicológico entre los que realizan *ambos turnos* y menos entre los del *horario nocturno* ( $f= 0,31$ ;  $p>0.05$ )

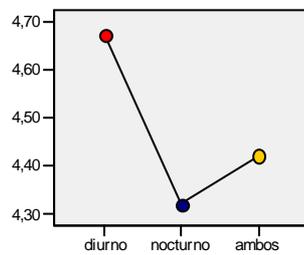
Por último, el *burnout* se presenta con mayor puntuación entre los que hacen *ambos turnos* de trabajo y menos entre los que realizan *turno de noche*. ( $f = 0,62$ ;  $p>0.05$ )

Tabla 19.- Tipo de horario- Var.psicosis.		N	Media	Desv. típica	F	p
Satisfac._total	diurno	215	4,67	1,04	3,16	0,043
	nocturno	14	4,32	,652		
	ambos	150	4,42	,992		
	Total	379	4,56	1,01		
Somnolencia	diurno	221	6,74	4,15	0,383	0,682
	nocturno	15	8,33	3,73		
	ambos	154	6,21	4,27		
	Total	390	6,59	4,19		
Síntomas psicosis.	diurno	218	29,39	10,25	2,06	0,128
	nocturno	14	27,07	11,24		
	ambos	152	29,11	11,42		
	Total	384	29,20	10,75		
MBI_total	diurno	210	2,71	,614	0,313	0,731
	nocturno	14	2,61	,727		
	ambos	149	2,76	,741		
	Total	373	2,73	,671		
GHQ_TOTAL	diurno	220	21,09	9,93	0,626	0,535
	nocturno	14	19,85	13,79		
	ambos	150	22,22	12,14		
	Total	384	21,48	10,98		

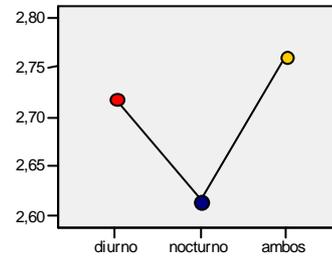
En la siguiente tabla (tabla 19.1) se encuentran las comparaciones a posteriori de Tukey, donde se comparan los promedios de grupo dos a dos. Encontramos diferencias significativas en satisfacción entre *horario diurno* y *ambos horarios*, siendo la media de satisfacción mayor en el diurno.

## Resultados

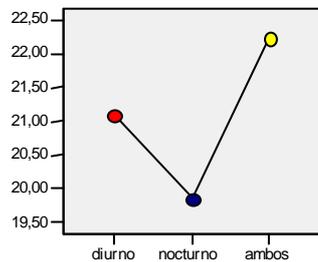
Tabla 19.1.- Prueba Tukey. Satisfacción-tipo horario	(I) Tipo de horario	(J) Tipo de horario	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
satisfaccion_total	diurno	nocturno	,352	,278	,417
		ambos	,252	,107	,051
	nocturno	diurno	-,352	,278	,417
		ambos	-,099	,282	,934
	ambos	diurno	-,252	,107	,051
		nocturno	,099	,282	,934



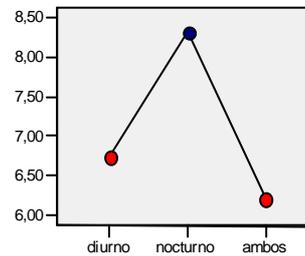
Graf. 34. Tipo horario-Satisf.



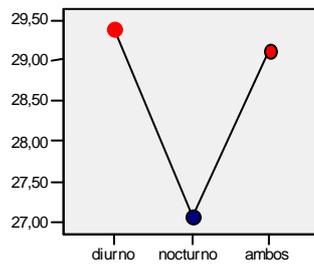
Graf. 35. Tipo de horario.MBI



Graf. 36. Tipo horario.GHQ



Graf. 37. Tipo horario.Somnol.



Graf. 38. Tipo horario.S.p.sico.

### 3.3.- Tipo de jornada

Entre las dos opciones que puede darnos como respuesta esta variable (jornada continua o partida), observamos (tabla 20 y Anexo III, tabla 3.1)) que con la *jornada continua* se presenta la media mayor en satisfacción ( $t=,332$ ;  $p=0.001$ ), pero a la vez también hay más síntomas psicósomáticos ( $t=,117$ ;  $p>0.05$ ), más somnolencia ( $t=,820$ ;  $p>0.05$ ) y menos bienestar psicológico ( $t=,068$ ;  $p>0.05$ ). Por el contrario, es en la *jornada partida* donde más puntuación media encontramos en *burnout*, ( $t= -030$ ;  $p>0.05$ ). Se presenta diferencia significativa ( $p<0,05$ ) sólo en la variable “satisfacción laboral” ( $p=0,001$ ).

Tabla 20.- Variables psicosociales	Tipo jornada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T	P
Satisfaccion_total	continuo	373	4,56	1,01	,052	,332	0,001
	partido	13	3,60	,918	,254		
Somnolencia	continuo	386	6,57	4,18	,213	,820	,413
	partido	13	5,61	2,69	,747		
Síntomas psicósoma	continuo	379	29,27	10,85	,557	,117	,907
	partido	13	28,92	7,45	2,06		
MBI_total	continuo	371	2,73	,685	,035	-030	,976
	partido	12	2,74	,501	,144		
GHQ_TOTAL	continuo	372	21,52	11,08	,574	,068	,946
	partido	13	21,30	11,95	3,31		

### **3.4.- Tipo de contrato**

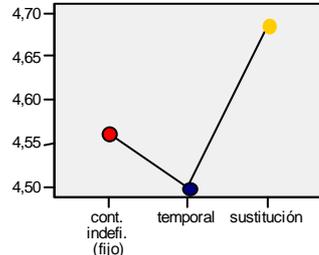
En cuanto al tipo de contrato (indefinido, temporal o sustitución) puede observarse (tabla 21, gráficos 39, 40, 41, 42 y 43, y Anexo II, tabla 4) que los que tienen *contrato indefinido* son los que presentan la media mayor en *burnout* y bienestar, o lo que es igual, expresan menos bienestar psicológico y más *burnout*. Los que trabajan con un *contrato temporal* tienen la media menor en satisfacción (menos satisfechos) y la mayor en somnolencia (más somnolencia), pero a su vez, tienen las puntuaciones medias menores en *burnout* y síntomas psicossomáticos. Los que tienen un *contrato de sustitución* presentan la media mayor en satisfacción (los más satisfechos), la menor en somnolencia (padecen menos somnolencia) y en bienestar (tienen más bienestar psicológico), aunque también presentan unos determinados y concretos síntomas psicossomáticos.

No existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables en función del tipo de contrato (tabla 21).

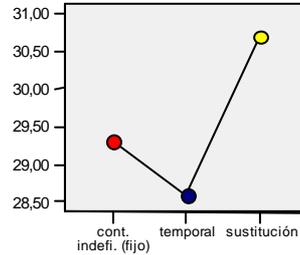
## Resultados

---

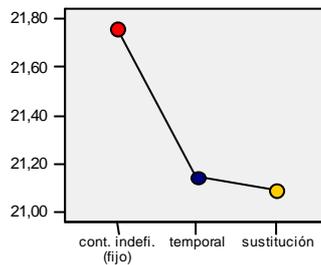
Tabla 21.- Var. Psicosoc. Tipo - contrato		N	Media	Desviación típica	F	p
Satisfac. total	cont. indef. (fijo)	329	4,56	1,02	0,208	0,831
	temporal	44	4,50	1,08		
	sustitución	18	4,68	1,05		
	Total	391	4,56	1,02		
MBI total	cont. indef. (fijo)	322	2,77	,657	1,24	0,289
	temporal	44	2,59	,931		
	sustitución	20	2,74	,577		
	Total	386	2,75	,690		
Somnolencia	cont. indef. (fijo)	338	6,47	4,10	0,266	0,766
	temporal	46	6,86	3,98		
	sustitución	21	6,14	5,01		
	Total	405	6,50	4,13		
Sint. psicos.	cont. indef. (fijo)	332	29,31	11,07	0,277	0,758
	temporal	46	28,58	10,03		
	sustitución	21	30,71	8,96		
	Total	399	29,30	10,84		
GHQ TOTAL	cont. indef. (fijo)	333	21,76	11,01	0,089	0,915
	temporal	46	21,15	11,39		
	sustitución	21	21,09	12,36		
	Total	400	21,65	11,10		



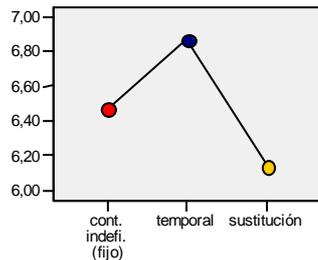
**Graf. 39.** Tipo de contrato-satisfacción total



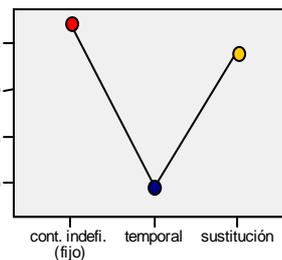
**Graf. 40.** Tipo de contrato-sint. Psicosom.



**Graf. 41.** Tipo de contrato-GHQ total



**Gráf. 42.** Tipo contrato-somn.



**Gráf. 43.** Tipo de contrato-MBI

### 3.5.- Trabaja a turnos

Respecto a si trabajan o no a turnos, la media mayor en satisfacción nos indica que existe más satisfacción entre los que no *trabajan a turnos* ( $t= 2,31$ ;  $p= 0.021$ ), pero a la vez estos presentan mayor puntuación media en *burnout* ( $t= 530$ ;  $p>0.05$ ), en síntomas psicósomáticos ( $t= 1,33$ ;  $p>0.05$ ) y en bienestar

## Resultados

psicológico ( $t=,527$ ;  $p=,596$ ), lo que se traduce como menor bienestar psicológico. Por otro lado, los que *trabajan a turnos* muestran más puntuación en somnolencia ( $t= ,761$ ;  $p>0.05$ ). Existe diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) en la variable satisfacción ( $p=0,021$ ). (tabla 22 y Anexo III, tabla 4.1.)

Tabla 22.- Variab.psicos. trabajo a turnos	Trabajo a turnos	N	Media	Desviaci ón típ.	Error típ. de la media	T	P
Satisfaccion_total	no	280	4,66	1,03	,061	-2,31	0,021
	si	143	4,41	1,10	,092		
Somnolencia	no	292	6,47	4,12	,241	,761	,447
	si	147	6,79	4,21	,348		
Síntomas psicoso ma	no	291	29,80	11,26	660	1,33	,182
	si	143	28,30	10,32	,863		
MBI_total	no	279	2,77	,742	,044	,530	,596
	si	139	2,73	,703	,059		
GHQ_TOTAL	no	286	21,95	11,53	,681	,527	,598
	si	140	21,32	11,26	,952		

### 3.6.- Género

La asociación entre género y variables psicosociales nos muestra en los resultados (tabla 23) que existe una puntuación media mayor, o más satisfacción, en *las mujeres* ( $t= -,170$ ;  $p>0.05$ ). También en *mujeres* observamos mayor puntuación media en

## Resultados

somnolencia ( $t = -1,42$ ;  $p > 0.05$ ), síntomas psicossomáticos ( $t = -4,31$ ;  $p = 0.000$ ) y *burnout* ( $t = -,428$ ;  $p > 0.05$ ) y bienestar psicológico ( $t = -3,26$ ;  $p = 0.000$ ), traducido a “menos bienestar psicológico” respecto a los hombres. Es en las variables bienestar psicológico y síntomas psicossomáticos donde se presenta diferencia significativa con género ( $p < 0,05$ ). (tabla 23)

Tabla 23.- Variab.Psicos.- Género		N	Media	Desviación típ.	Error típ.medi a	T	P
Satisfaccion_total	hombre	129	4,49	1,11	,098	-,170	,865
	mujer	306	4,50	1,03	,059		
Somnolencia	hombre	130	6,11	3,76	,330	-1,42	-,154
	mujer	321	6,72	4,24	,237		
Síntomas psicoso ma.	hombre	127	25,87	10,18	,903	-4,31	<b>0,000</b>
	mujer	319	30,71	10,88	,609		
MBI_total	hombre	126	2,73	,691	,061	-,428	-,669
	mujer	304	2,77	,737	,042		
GHQ_TOTAL	hombre	126	18,99	9,86	,878	-3,26	<b>0,001</b>
	mujer	312	22,86	11,73	,664		

### 3.7.- Realiza Guardias

Respecto a si realizan guardias, la media mayor en satisfacción está entre los que *no hacen guardias* ( $t = -393$ ;  $p > 0.05$ ), así como menos puntuación media en somnolencia ( $t = 1,82$ ;  $p > 0.05$ ), síntomas psicossomáticos ( $t = 1,05$ ;  $p > 0.05$ ) y *burnout* ( $T =$

## Resultados

2,21;  $p=0.028$ ). Los que no realizan guardias presentan a su vez más bienestar psicológico

( $t= ,373$ ;  $p>0.05$ ) o, lo que es igual, menor puntuación en la media de esta variable. Se observa que sólo en *burnout*) existe diferencia estadísticamente significativa. (tabla 24)

Tabla 24.- *Variab.psicos.-guardias	¿Realiza guardias?	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T	P
satisfaccion_total	si	141	4,53	1,12	,095	-,393	,695
	no	245	4,57	,965	,061		
Somnolencia	si	143	6,93	4,00	,335	1,82	0,68
	no	257	6,15	4,06	,253		
Síntomas psicósoma	si	141	29,96	10,35	,872	1,05	,292
	no	255	28,76	11,02	,690		
MBI_total	si	136	2,84	,687	,058	2,21	0,028
	no	248	2,68	,681	,043		
GHQ_TOTAL	si	142	21,90	12,14	1,01	,373	,709
	no	246	21,47	10,47	,668		

### 3.8.- Acceso a formación continuada

En esta variable se evidencia (tabla 25) más satisfacción ( $t= 4,67$ ;  $p=0.000$ ) y más bienestar psicológico ( $t= -1,42$ ;  $p>0.05$ ) entre

## Resultados

---

los componentes de la muestra que *sí acceden a una formación continuada*.

Los que *no acceden a ella* presentan más síntomas psicossomáticos ( $t=-,983$ ;  $p>0.05$ ), *burnout* ( $t=-3,13$ ;  $p= 0.002$ ) y también muestran más somnolencia ( $t=-,798$ ;  $p>0.05$ ) con relación a los otros. Puede observarse que es en las variables satisfacción y *burnout* existe diferencia significativa ( $p<0.05$ ).

Tabla 25.- Variables psicoss.- Formación		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T	P
Satisfacción _ total	si	291	4,66	1,02	,059	4,67	0.000
	no	144	4,17	1,06	,088		
Somnolencia	si	300	6,44	3,98	,229	-,798	,425
	no	151	6,76	4,38	,356		
Síntomas _ psicossoma	si	296	28,97	10,49	,610	-,983	,326
	no	150	30,04	11,65	,951		
MBI _ total	si	291	2,68	,639	,037	3,13	0.002
	no	139	2,91	,855	,072		
GHQ _ TOTAL	si	289	21,19	10,63	,625	1,42	,155
	no	149	22,82	12,60	,032		

**3.9.- Correlación entre variables cuantitativas, sociodemográficas y sociolaborales (edad, antigüedad en el puesto y antigüedad en la empresa) y variables psicosociales.**

La correlación entre variables psicosociales y la variable *edad* no presenta diferencia significativa ( $P < 0,05$ ). Igualmente no hay diferencia significativa entre las variables psicosociales y la variable *antigüedad en el puesto*. Sólo existe una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) entre *antigüedad en la empresa* y *satisfacción total* pero no entre *antigüedad en la empresa* y resto de variables psicosociales (Tabla 26 y Anexo III, tabla 5).

Tabla 26.-	Correlaciones variables psicosoc. Variables sociolab. y sociodem. cuantitat.	Edad	Antig. en el puesto	Antig. en la empresa
<b>Sat.Total</b>	Corr. - Pearson	-,047 (n.s.)	-,058 (n.s.)	-,123 (*)
	Sig. (bilateral)	,328	,236	,012
	N	451	445	440
<b>Somnol.</b>	Corr. - Pearson	-,049 (n.s.)	,093 (n.s.)	,002 (n.s.)
	Sig. (bilateral)	,300	,051	,970
	N	451	445	440
<b>Sint. psic.</b>	Corr. - Pearson	,023 (n.s.)	,024 (n.s.)	-,006 (n.s.)
	Sig. (bilateral)	,625	,618	,903
	N	451	446	440
<b>MBI total</b>	Corr. - Pearson	,067 (n.s.)	,071 (n.s.)	,068 (n.s.)
	Sig. (bilateral)	,167	,145	,166
	N	451	451	440
<b>GHQ Total</b>	Corr. - Pearson	,002 (n.s.)	-,001 (n.s.)	-,007 (n.s.)
	Sig. (bilateral)	,971	,977	,880
	N	451	445	438

n.s. =  $p > 0,05$  \* =  $p < 0,5$  \*\* =  $p < 0,01$  \*\*\* =  $p < 0,001$

Como puede observarse en los gráficos adjuntos (gráficos 44, 45, 46, 47 y 48), en la variable *antigüedad en el puesto* la puntuación media mayor en somnolencia se da entre el primero y quinto año de antigüedad en el puesto de trabajo, y la menor puntuación media en somnolencia es a partir de los 30 años de antigüedad, entre los 30 y 35 años.

En *burnout* y síntomas psicósomáticos, la puntuación media mayor se da entre los 20 y 25 años de antigüedad en el puesto, y la puntuación media mayor en bienestar psicológico, lo que se traduce en menor bienestar, es entre los 25 y 30 años de antigüedad.

La puntuación media menor, o menos presencia de *burnout*, es en los cinco primeros años de antigüedad en el puesto y la menor puntuación media de síntomas psicósomáticos y somnolencia, traducido a ausencia de somnolencia y síntomas psicósomáticos, es entre los 30 y 35 años de antigüedad en el puesto, y es entre los 15 y 20 años de antigüedad en el puesto cuando más bienestar manifiesta el sujeto.

## Resultados

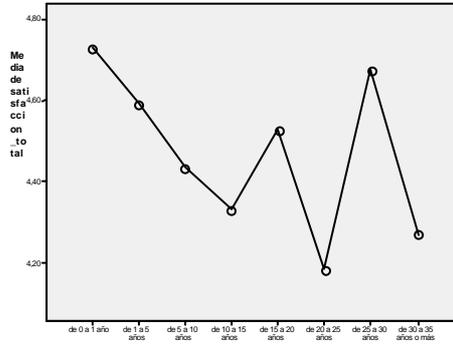


Gráfico 44.-aantig.puesto

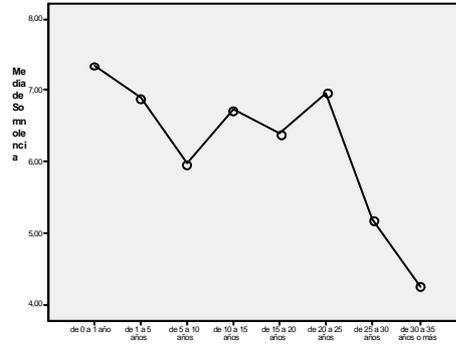


Gráfico 45.- Antig.puesto

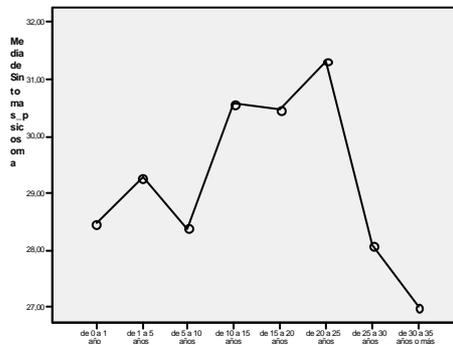


Gráfico 46.- Antig.puesto

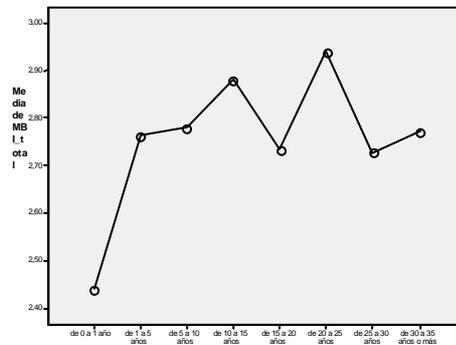


Gráfico 47.-Antig.puesto

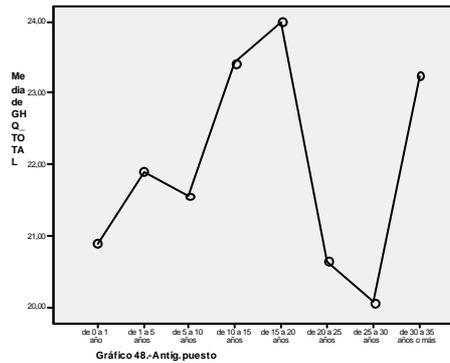


Gráfico 48.-Antig.puesto

En la variable antigüedad en la empresa (gráficos 49, 50, 51, 51 y 53) es en los primeros 5 años de antigüedad en la empresa cuando se presenta la puntuación media mayor en satisfacción

## Resultados

---

laboral, la menor en bienestar psicológico, que corresponde a mayor bienestar, así como menor puntuación en *burnout*.

La puntuación media mayor en síntomas psicossomáticos, *burnout* y somnolencia se presenta entre los 10 y 15 años de antigüedad en la empresa, así como la menor satisfacción y menos bienestar psicológico. A partir de los 30 años de antigüedad en la empresa se eleva el riesgo de *burnout* y disminuye el bienestar psicológico.

Se presenta un pico de mayor puntuación en bienestar, traducido a menos bienestar psicológico, mayor riesgo de *burnout*, más síntomas psicossomáticos y mayor somnolencia entre los 10 y 15 años de antigüedad en la empresa, con una menor satisfacción consecuente en esa etapa.

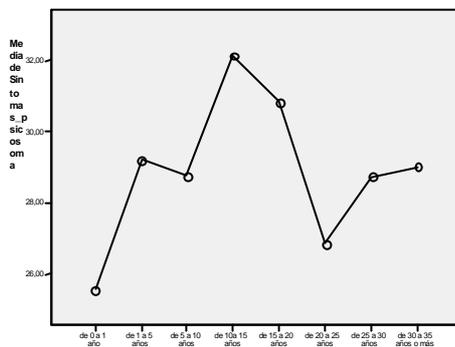


Gráfico 49.- Antig.empresa

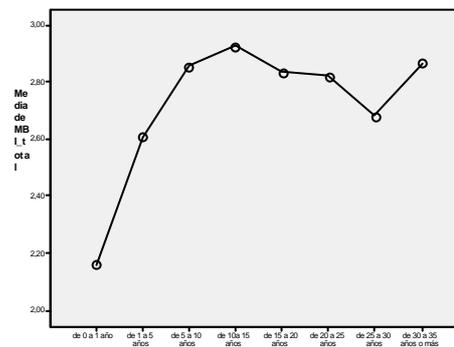
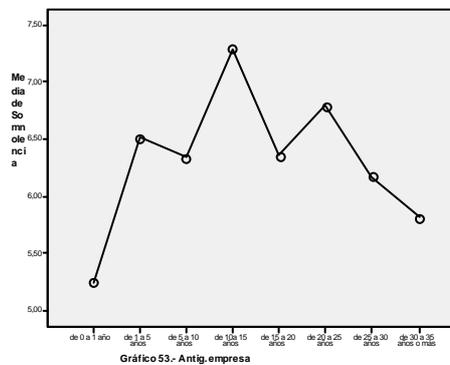
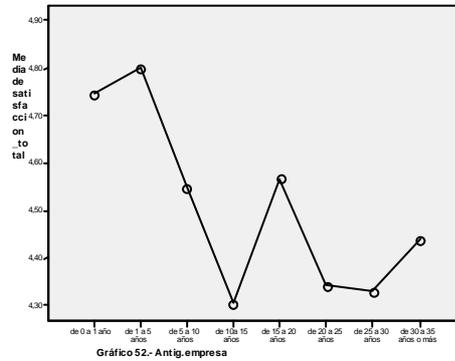
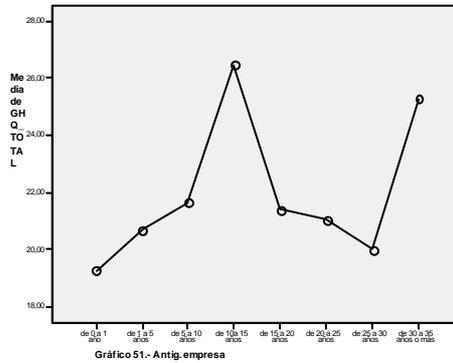


Gráfico 50.- Antig.empresa

## Resultados



### RESULTADOS (apartado 3º)

#### 4.- Perfiles de salud psicosocial en profesionales de enfermería y relación con las variables demográficas y sociolaborales.

Para conocer cómo se agrupan los sujetos de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en las variables psicológicas satisfacción laboral, somnolencia, síntomas psicossomáticos,

*burnout* y bienestar psicológico, realizamos un análisis de conglomerados.

Mediante la prueba de Tukey, comprobamos a qué grupos se podían atribuir las diferencias observadas en los ANOVAS realizados.

### **4.1.- Análisis de los subgrupos, o agrupaciones, que integran la muestra.**

Después de probar diversas soluciones del cluster, consideramos más adecuado el análisis de conglomerados finales que daba como resultado cuatro grupos homogéneos, según las puntuaciones en cada una de las variables psicológicas analizadas (satisfacción laboral, somnolencia, síntomas psicosomáticos, *burnout* y bienestar psicológico). Denominaremos “A” al grupo 1, “B” al grupo 2, “C” al grupo 3 y “D” al grupo 4.

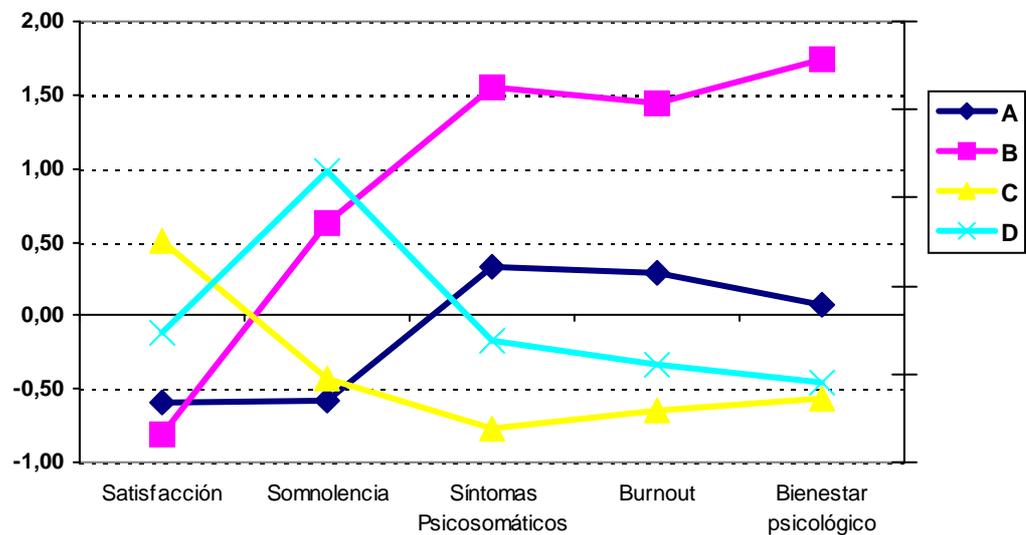
El grupo de sujetos más numeroso pertenece al grupo C (N= 160) y el menor al grupo B (N=49), siendo 93 el nº de casos del grupo A y 82 los casos del grupo D (Anexo IV, tabla 0).

## Resultados

---

En el gráfico 54 se muestran los perfiles de los cuatro subgrupos en las variables psicológicas: Grupo A o grupo *poco satisfecho*; grupo B o grupo de *alto riesgo*, grupo C o *grupo normalizado*, y grupo D o grupo *somnolencia*.

Gráfico 54.- Puntuaciones grupos - Variables psicosociales



En las tablas 27 y 28 recogemos los principales datos de este análisis con el fin de interpretar sus resultados. Así, en la tabla 27 de centros de conglomerados finales, se muestran las puntuaciones de cada uno de los grupos en cada variable psicológica, y en la tabla 28 se recoge los resultados de diversos

## Resultados

---

ANOVAS que comparaban las medias de cada grupo en cada variable psicológica y los análisis posthoc para determinar a qué grupos se atribuían las diferencias. La tabla 28 presenta a su vez que todos los análisis realizados han resultado estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ), por lo que podemos concluir que los grupos comparados son diferentes en los correspondientes indicadores psicológicos.

Tabla 27.- Centros de conglomerados finales		Conglomerados			
	A (n=93)	B (n=49)	C (n=169)	D (n=82)	
Puntuac. (satisfac._total)	-,595	-,807	,504	,232	
Puntuac. (Somnolencia)	-,582	,634	-,435	1,15	
Puntuac. (Sint._psicos.)	,326	1,55	-,772	,188	
Puntuac. (MBI_total)	,292	1,44	-,653	,050	
Puntuac. (GHQ_TOTAL)	,067	1,74	-,568	-,047	

Tabla 28.- ANOVA Medias -F-P-Tukey- Agrupaciones-variables psicosociales					
	Media cuadrática	gl	F	P	Tukey (P<,05)
Puntua(satisfaz.total)	36,68	3	50,81	0,000	B.A - C.D
Puntua(Somnolencia)	63,96	3	13,07	0,000	A.C - B.D
Puntua(Sint._psicosoma)	75,67	3	18,05	0,000	C - D.A - B
Puntua(MBI_total)	59,82	3	10,16	0,000	C - D.A - B
Puntua(GHQ_TOTAL)	67,19	3	14,02	0,000	C - D.A - B

Teniendo en cuenta los datos de ambas tablas, procedemos a comentar los perfiles de los cuatro grupos.

En primer lugar, el grupo A no muestra datos dignos de resaltar con relación a los restantes grupos. Es el grupo que menos somnolencia presenta (media = -,582). Este grupo A le sigue al grupo B, o grupo de *alto riesgo*, en la baja satisfacción (media = -,595) y bajo bienestar psicológico (media = ,067), y en los síntomas psicósomáticos (media = ,326) y *burnout* (media = ,292) que presenta. Le denominamos grupo *poco satisfecho*.

Los componentes de la muestra del grupo B son los menos numerosos (n=49) y los que más puntuación presentan en síntomas psicósomáticos (media = 1,55) y *burnout* (media = 1,44), siendo a su vez los que menos satisfacción (media = -,807) y peor bienestar psicológico (media = 1,74) muestran. En somnolencia también destaca de otros grupos negativamente (media = ,634), ya que sólo el grupo D es el que les supera en esa variable (media = 1,15). Podemos denominar a este grupo B como grupo de *alto riesgo*.

Ante los resultados del análisis de conglomerados (tabla 27), el grupo C (n=160) es el que presenta más satisfacción (media = ,504) y mejor bienestar psicológico (media = -,568), a la vez que menos síntomas psicósomáticos (media = -,772) y menos *burnout* (media = -,653) que el resto, así como un bajo nivel de somnolencia (media = -,435), por lo que le podemos llamar el grupo *normalizado*.

El grupo D destaca sólo por ser el que más somnolencia presenta (media = 1,15) con relación al resto, ya que le sigue en su buen estado de bienestar psicológico (media = -,047) y satisfacción laboral (media = ,232) al grupo C, y presenta una puntuación baja en síntomas psicósomáticos (media = ,188) y *burnout* (media = ,050), con relación a los grupos A y B, por lo que se denomina grupo *somnolencia*.

Podemos resumir diciendo que, realizada la prueba de Tukey de comparaciones múltiples para comprobar si existen diferencias significativas entre los grupos en cada una de las variables analizadas, hemos comparado, por un lado los grupos que cargan de forma negativa en la variable correspondiente, y por otro, los

grupos que lo hacen de forma positiva, y encontramos tal y como se observa en el Anexo IV, tablas 1 a 5, y gráficos 1 a 6, (pruebas post hoc, HSD de Tukey, de comparaciones múltiples) la diferencia de medias en esos subconjuntos de los grupos, en cada una de las variables psicológicas.

En esta diferencia de medias, la variable *satisfacción total* presenta dos subconjuntos homogéneos en cada una de las cuatro agrupaciones, estando la diferencia de medias, de menor a mayor (Tukey: BA – DC), entre el grupo B y el C (Anexo IV, tabla 1 y gráfico 1).

En *somnolencia*, que presenta tres subconjuntos homogéneos (Anexo IV, tabla 2 y gráfico 2) en cada una de las cuatro agrupaciones, la diferencia de medias (Tukey: AC – B – D) se encuentra entre los grupos A y D.

En *burnout* (Anexo IV, tabla 3 y gráfico 3) las cuatro agrupaciones presentan tres subconjuntos con medias que marcan la mayor diferencia en su puntuación, de menor a mayor puntuación (Tukey: C – DA – B) entre los grupos C y B.

Por último, vemos que en *síntomas psicosomáticos* (Anexo IV, tabla 4 y gráfico 4) y *bienestar psicológico* (Anexo IV, tabla 5 y gráfico 5), las cuatro agrupaciones presentan tres subconjuntos con medias que marcan la mayor diferencia, en su puntuación, de menor a mayor (Tukey: C – DA – B), entre los grupos C y B.

### **4.2.- Características sociodemográficas y sociolaborales en los subgrupos propuestos.**

Con el fin de profundizar en el estudio de los cuatro grupos contruidos mediante el análisis de conglomerados, decidimos estudiar las diferencias entre estos grupos en las distintas variables sociodemográficas y sociolaborales (Anexo IV, tablas 6 a 14).

Así mismo, presentamos esta asociación entre las agrupaciones de conglomerados y las variables cualitativas. (tablas 29, 30 y 31) y cuantitativas (tabla 32).

## Resultados

Tabla 29.-		Asociación de variables demográficas y sociolaborales(cualitativas) con agrupación de conglomerados A, B, C y D						$\chi^2$	P
			A	B	C	D	Total		
<b>Género</b>	<b>hombre</b>	<b>Recuento</b>	26	12	69	18	116	7,67	,053*
		<b>% de agrup.</b>	28,0%	22,0%	37,5%	24,5%	30,2%		
	<b>mujer</b>	<b>Recuento</b>	67	37	100	64	268		
		<b>% de agrup.</b>	72,0%	78,0%	62,5%	75,5%	69,8%		
	<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	93	49	160	82	384		
		<b>% de agrup.</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			A	B	C	D	Total	$\chi^2$	P
<b>Estado civil</b>	<b>soltero</b>	<b>Recuento</b>	21	8	40	16	85	4,12	,660
		<b>% de agrup.</b>	22,8%	16,3%	25,0%	18,6%	22,2%		
	<b>casado</b>	<b>Recuento</b>	63	34	108	56	261		
		<b>% de agrup.</b>	68,5%	68,3%	67,5%	69,4%	68,1%		
	<b>Separ. /div./viu</b>	<b>Recuento</b>	8	7	12	10	37		
		<b>% de grup.</b>	8,7%	15,4%	7,5%	12,2%	9,7%		
	<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	92	49	160	82	383		
		<b>% de agrup.</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

\* Se observa una tendencia estadística, sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa.

## Resultados

Tabla 30.-			Asociación de variables demográficas y sociolaborales(cualitativas) con agrupación de conglomerados A, B, C y D					$\chi^2$	P
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>		
<b>Tipo de jornada</b>	<b>continuo</b>	<b>Recuento</b>	76	42	139	75	332	4,72	,193
		<b>% de agrup.</b>	92,7%	97,7%	97,9%	97,4%	96,5%		
	<b>partido</b>	<b>Recuento</b>	6	1	3	2	12		
		<b>% de agrup.</b>	7,3%	2,3%	2,1%	2,6%	3,5%		
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	82	43	142	77	344		
		<b>% de agrup.</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	P
<b>Trabajo a turnos</b>	<b>no</b>	<b>Recuento</b>	63	33	99	50	245	1,56	,668
		<b>% de agrup.</b>	69,2%	70,2%	64,7%	61,7%	65,9%		
	<b>si</b>	<b>Recuento</b>	28	14	54	31	127		
		<b>% de grup.</b>	30,8%	29,8%	35,3%	38,3%	34,1%		
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	91	47	153	81	372		
		<b>% de agrup.</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	P
<b>¿Realiza guardias?</b>	<b>si</b>	<b>Recuento</b>	30	21	46	33	130	7,20	,066*
		<b>% de agrup.</b>	36,6%	52,5%	31,7%	44,0%	38,0%		
	<b>no</b>	<b>Recuento</b>	52	19	99	42	212		
		<b>% de agrup.</b>	63,4%	47,5%	68,3%	56,0%	62,0%		
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	82	40	145	75	342		
		<b>% de agrup.</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

\* Se observa una tendencia estadística, sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa.

## Resultados

Tabla 31.-			Asociación de variables demográficas y sociolaborales (cualitativas) con agrupación de conglomerados A, B, C y D						
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Realiza formación continuada</b>	<b>si</b>	<b>Recuento</b>	60	26	116	58	260	7,26	,064*
		<b>% de grup. con Z</b>	64,5%	53,1%	72,5%	70,7%	67,7%		
	<b>no</b>	<b>Recuento</b>	33	23	44	24	124		
		<b>% de grup. con Z</b>	35,5%	46,9%	27,5%	29,3%	32,3%		
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	93	49	160	82	384		
		<b>% de grup. con Z</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Tipo contrato</b>	<b>1.- (Indefi)</b>	<b>Recuento</b>	48	27	70	148	293	2,33	,506
		<b>% de Agrupación</b>	87,3%	87,1%	78,7%	83,6%	83,2%		
	<b>2.- Temp. y sustit.</b>	<b>Recuento</b>	7	4	19	29	59		
		<b>% de Agrupación</b>	12,7%	12,9%	21,3%	16,4%	16,8%		
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	55	31	89	177	352		
		<b>% de Agrupación</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Tipo horario</b>	<b>1.- (diurno)</b>	<b>Recuento</b>	28	17	53	98	196	,617	,893
		<b>% de Agrupación</b>	54,9%	56,7%	60,9%	56,6%	57,5%		
	<b>2.- (noche)</b>	<b>Recuento</b>	23	13	34	75	145		
		<b>% de Agrupación</b>	45,1%	43,3%	39,1%	43,4%	42,5%		
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	51	30	87	173	341		
		<b>% de Agrupación</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

\*Se observa una tendencia estadística, sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa.

## Resultados

Tabla 32.- Asociación agrupaciones y var. cuantitativas	Grupo	N	Media	Desviación		F	P	Tukey
				típica	gl			
<b>Edad</b>	A	91	41,57	7,64	3	2,00	,113	
	B	49	39,96	6,82				
	C	159	39,89	8,54				
	D	81	38,53	8,72				
	Total	380	40,01	8,20				
<b>Antig.puesto</b>	A	92	14,43	9,54	3	3.76	,011	D - C.B - A
	B	49	11,75	6,77				
	C	155	11,52	8,36				
	D	79	10,34	8,01				
	Total	375	12,02	8,50				
<b>Antig.empresa</b>	A	91	18,60	9,25	3	2.49	,060	A - D
	B	48	17,29	7,50				
	C	154	16,10	9,67				
	D	78	15,01	8,69				
	Total	371	16,64	9,17				

Tras establecer la asociación entre los cuatro grupos que componen la muestra y las variables sociodemográficas y sociolaborales, e identificada la diferencia significativa mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, comentamos a continuación las características de cada una de estas agrupaciones con relación a las variables sociodemográficas y sociolaborales cualitativas y cuantitativas.

## Resultados

---

Respecto al grupo A o grupo denominado *poco satisfecho*, se encuentra la media mayor en antigüedad en el puesto (14,4 años de antigüedad;  $F=3,76$ ;  $P=,011$ ), y antigüedad en la empresa (18,6 años de antigüedad;  $F=2,49$ ;  $P=,060$ ).

Respecto al grupo B, el más pequeño en número de componentes ( $n=49$ ), le denominábamos *grupo de alto riesgo* por ser el que presenta la mayor puntuación media en síntomas psicossomáticos y *burnout*, y es a su vez el que menor puntuación media tiene en satisfacción y menos bienestar psicológico manifiesta entre los sujetos que lo componen. Este grupo B es el compuesto por un mayor número de mujeres (78%;  $\chi^2=7,67$ ;  $P=,53$ ), así como el porcentaje mayor de los que realizan guardias (52,5%;  $\chi^2= 7,20$ ;  $P=,066$ ), y de los que dicen no recibir formación continuada (40,9%;  $\chi^2= 7,26$ ;  $P=,064$ ).

El grupo C, al que habíamos denominado *grupo normalizado*, tiene como característica fundamental ser el más numeroso ( $n=160$ ) y es el que más satisfacción y bienestar psicológico presenta, a la vez que menos síntomas psicossomáticos, menos

burnout y un bajo nivel de somnolencia. Es el grupo que presenta mayor porcentaje de hombres (37,5%;  $\chi^2= 7,67$ ;  $P=,053$ ).

Respecto al tipo de jornada, este grupo C tiene el mayor número de componentes que no realiza guardias (68,3%;  $\chi^2= 7,20$ ;  $P=,066$ ), y tiene entre sus miembros el porcentaje más alto de los que afirman recibir formación continuada (72,5%;  $\chi^2=7,26$ ;  $P=,064$ ).

Por último, en cuanto al grupo D, o *grupo somnolencia* (más somnolencia con relación al resto), presenta un buen estado de bienestar psicológico y satisfacción laboral, después del grupo C, y una puntuación baja de *burnout* y síntomas psicósomáticos.

En la asociación de las agrupaciones con variables cuantitativas, el grupo D es el que nos muestra la media menor en edad (38,5 años de edad), la menor en antigüedad en el puesto (10,3 años de antigüedad;  $F=3,76$ ;  $P=,011$ ) y en la empresa (15 años de antigüedad;  $F=2,49$ ;  $P=,060$ )

Por último, para terminar este capítulo de resultados, exponemos la asociación entre los cuatro grupos identificados en

## Resultados

el total de la muestra y las bajas laborales producidas en los últimos 12 meses (tabla 33).

El grupo B denominado *grupo de alto riesgo* es el que mayor porcentaje de bajas tiene (42,9%), siguiéndole en porcentaje de bajas el grupo A (34,1%), o grupo denominado *poco satisfecho*. El grupo C, al que hemos llamado *grupo normalizado* es el que menos bajas presenta ya que no produce bajas el 79,1% de sus componentes, encontrándonos una diferencia significativa en estos resultados ( $\chi^2 = 12,58; P = 0,006$ )

Tabla 33.- Agrupaciones (A,B,C,D)- bajas		A	B	C	D	Total	$\chi^2$	P
		(n= 91)	(n=49)	(n=158)	(n=82)	(n=380)		
¿Ha estado de baja durante los últimos 12 meses?	si	31	21	33	18	103	12,58	,006
		34,1%	42,9%	20,9%	22,0%	27,1%		
	no	60	28	125	64	277		
		65,9%	57,1%	79,1%	78,0%	72,9%		

## Resultados

---

## **IV.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## **1.-DISCUSIÓN**

En los resultados de nuestro estudio hemos presentado las consecuencias psicosociales del trabajo en los profesionales de enfermería hospitalaria y la correlación entre variables psicosociales y su asociación con determinadas características sociodemográficas y sociolaborales de los sujetos de la muestra.

Así mismo, la bibliografía referenciada y consultada pone de manifiesto la importancia y repercusión que tienen las variables psicosociales que hemos analizado en la vida laboral del trabajador, dependiendo de los aspectos personales del sujeto y su capacidad de afrontamiento ante ellos, y de otras circunstancias relacionadas con el entorno y la organización, como son el tipo de clima organizacional, las características del puesto de trabajo y sus condiciones laborales.

Los factores de riesgo existentes en el medio de trabajo presentan unas respuestas en el estado de salud del individuo, al

estar expuesto y ser vulnerable a ellos. En el desarrollo de nuestro trabajo hemos constatado esa realidad al analizar en una muestra de profesionales de enfermería del ámbito hospitalario las causas que pueden provocar en sus dimensiones bio-psico-social trastornos, desequilibrios y alteraciones que disminuyen su estado de bienestar psicológico y satisfacción laboral, alteran el sueño, presentan síntomas psicosomáticos, estrés y desencadenan situaciones de *burnout*.

Los resultados presentan coincidencias que se ajustan a las expuestas por los autores consultados en el proceso investigador, con las peculiaridades y especificaciones encontradas en la muestra seleccionada (profesionales de enfermería del ámbito hospitalario), que les diferencia de otros colectivos profesionales en lo referente a características y condiciones laborales, tipo de organización y clima organizacional, relaciones humanas, recursos existentes y respuesta del profesional ante las condiciones de trabajo y la repercusión de estas en su vida familiar y profesional.

Son esas diferencias las que nos llevaron a plantearnos la necesidad de documentar la relación existente entre las consecuencias psicosociales que sufre el personal de enfermería al estar expuesto a determinados factores laborales, y su repercusión en el rendimiento de su trabajo. Consecuencias psicosociales que

constituyen riesgo para el profesional e indicadores de riesgo para la seguridad del paciente.

Nos disponemos a contrastar y discutir nuestros resultados a la luz de las teorías, modelos y principios que han sustentado y orientado esta investigación, con relación a los objetivos formulados, con la intención de justificar los supuestos de trabajo que hemos planteado, y aportar más información para abrir nuevas vías de investigación en el estudio de las consecuencias psicosociales que pueden afectar al personal de enfermería en su medio de trabajo.

### **1.1.- Sobre características sociolaborales y sociodemográficas de la muestra y su correlación o asociación con variables psicosociales.**

En cuanto a los resultados obtenidos sobre las características psicosociales, sociodemográficas y sociolaborales de la muestra (n=457), observamos que corresponden a un colectivo (profesionales de enfermería) mayoritariamente femenino (71,3%), de entre 22 y 62 años de edad, con una media de 40 años.

Su antigüedad en el puesto de trabajo oscila entre 1 y 35 años, siendo la media de 12,1 años de antigüedad. Un 29,8% de los encuestados tiene menos de 6 años de antigüedad en el puesto

y en su mayoría son mujeres. Con más de 6 años de antigüedad predomina el sexo masculino.

La antigüedad en la empresa se encuentra en 16,9 años de media. El grupo mayor de la muestra presenta una antigüedad de hasta 11 años, en su mayoría hombres.

Respecto al estado civil de los sujetos, predomina “casados o pareja de hecho” (64,4%), siendo más numeroso este estado en hombres (79,4%) que en mujeres (63,9%), y se presentan más mujeres separadas, divorciadas y solteras.

En cuanto al tipo de contrato no existe una diferencia significativa entre uno u otro sexo en cuanto al contrato indefinido, pero sí difieren los porcentajes entre los contratos temporales que tienen las mujeres (12,1%) y los hombres (9,2%). También se presenta una diferenciación en cuanto a género con relación al tipo de horario y realización de guardias, siendo los hombres los que realizan más horarios de noches y más guardias.

El resultado de la variable “realizan formación continuada” y “asistencia a cursos, congresos, sesiones de actualización y sesiones clínicas”, lo consideramos digno de mención ante el interés que presentan los componentes de la muestra por su formación continuada y las pocas posibilidades de acceso a ella.

Realizan actividades de formación continuada el 66,3% del total de la muestra, siendo en su mayoría hombres los que acceden a ella en cuanto a cursos de formación (hombres 64,8%; mujeres 55,8%), asistencia a congresos (hombres 42%; mujeres 29,8%), sesiones de actualización (hombres 35,9%; mujeres 20,6%) y sesiones clínicas (hombres 22,9%; mujeres 15,6%).

Otro resultado a destacar es que la mayoría de la muestra asiste a los cursos de formación (58,4%), pero no a los congresos (66,7%) ni a las sesiones de actualización (82,3%).

Encontramos que el absentismo producido por las bajas en los últimos 12 meses no es muy numeroso (27,9% de la muestra) y está provocado por mujeres más que por hombres (hombres 24%; mujeres 29,4%), tanto en la 1ª baja como en sucesivas a lo largo del año.

La maternidad y su repercusión en la vida de la mujer, como es la solicitud de excedencias y problemas en el postparto, los procesos de patologías de medicina interna (digestivas, respiratorias, circulatorias) y patologías asociadas a problemas de columna vertebral, son las causas principales de absentismo por enfermedad.

En cuanto a la correlación y diferencia significativa entre variables (sociodemográficas, sociolaborales y variables

psicosociales), tal y como hemos expuesto en los resultados, observamos que existe una correlación entre todas y cada una de las variables psicosociales analizadas ( $P < 0.05$ ), y entre estas variables y determinadas características sociodemográficas y sociolaborales de la muestra.

**Satisfacción laboral.-** Respecto a la satisfacción laboral el perfil de los integrantes de la muestra que presentan la media mayor en satisfacción es de estado civil soltero, las mujeres están más satisfechas que los hombres, con mayor satisfacción en horario de día sin rotaciones y con jornadas continuadas de trabajo, con un contrato de sustitución, sin realizar guardias y con acceso a una formación continuada.

Los participantes de la muestra manifiestan con relación a la satisfacción total, estar satisfechos un 53,1% frente a un 15,68% que dice estar insatisfecho. Un 3,3% no está ni satisfecho ni insatisfecho. El mayor grado de satisfacción es con la supervisión, y la puntuación media más baja se presenta en satisfacción con el ambiente físico de trabajo.

Las edades en las que se sienten más satisfechos en el trabajo son entre 22 y 25 años, y respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa es entre el primer y quinto año de antigüedad.

La puntuación media más baja en satisfacción es en los separados o divorciados, y se manifiestan menos satisfechos los hombres que las mujeres, con turnos rodados de trabajo, con guardias, en horarios que combinan noche y día, y con un contrato de sustitución. A su vez están más insatisfechos los que no acceden a una formación continuada, los que tienen una edad entre 30 y 35 años, con una antigüedad de 30 a 35 años en el puesto de trabajo y de 10 a 15 años en la empresa. Se presenta una diferencia significativa ( $P < 0,05$ ) en la asociación satisfacción - antigüedad en la empresa ( $P = 0,012$ ).

**Somnolencia.-** Respecto a la correlación y diferencia significativa entre somnolencia y variables sociodemográficas y sociolaborales, como expusimos en los resultados, observamos que la puntuación media mayor es en separados o divorciados, en mujeres más que en hombres, así como en aquellos sujetos con turnos rodados, horario de noches y entre los que realizan guardias, los que no reciben una formación continuada y tienen un contrato de trabajo temporal.

Presenta ausencia de somnolencia un 57% frente al 1,1% que afirma padecer alta somnolencia. Un 36,1 muestra ligera somnolencia y un 5,8 moderada.

Manifiestan más somnolencia a partir de los 50 años de edad, y cuando tienen una antigüedad en el puesto de trabajo entre 1 y 5 años y entre 10 y 15 años de antigüedad en la empresa.

La puntuación media más baja en somnolencia es entre los sujetos de la muestra que son solteros, hombres, con contrato de sustitución, con horarios de día y noche alternando según turnos, no hacen guardias y reciben formación continuada. Se observa menos somnolencia entre los 54 y 55 años de edad, con una antigüedad en el puesto entre 30 y 35, y con menos de 5 años de antigüedad en la empresa.

**Síntomas psicosomáticos.-** La correlación y diferencia significativa entre síntomas psicosomáticos y características sociolaborales y sociodemográficas de la muestra nos presenta que existen más síntomas psicosomáticos entre las mujeres, en sujetos separados o divorciados, con horarios de trabajo en turno de día y jornada continuada, cuando realizan guardias, no reciben formación continuada, con contrato de sustitución laboral, y con una edad entre 30 y 35 años y al final de la década de los 50, así como con una antigüedad en el puesto de trabajo de 20 a 25 años y de 10 a 15 años de antigüedad en la empresa.

Un 55,6% nunca ha padecido síntomas psicossomáticos, y un 42,2% si los ha padecido alguna vez y frecuentemente. Un 2,2 dicen padecerlos

La puntuación media más baja en síntomas psicossomáticos se produce entre los 22 y 25 años de edad, con una antigüedad de 1 a 5 años en la empresa y de 30 a 35 en el puesto de trabajo. Se muestran menos síntomas psicossomáticos en los hombres, con estado civil soltero, con turnos de noche y jornadas de trabajo no continuadas, con contrato temporal, y en aquellos que no realizan guardias y reciben una formación continuada. Se presenta significación ( $P < 0,05$ ) entre esta variable y la variable género.

**Burnout.-** Respecto al *burnout*, se presenta más en mujeres que en hombres, entre 30 y 35 años de edad, y entre 20 y 25 años de antigüedad en el puesto de trabajo y de 10 a 15 años de antigüedad en la empresa, en separados o divorciados, cumpliendo horarios de día y noche con jornadas no continuadas de trabajo y en aquellos que realizan guardias. Encontramos mayor puntuación en *burnout*, entre los que tienen un contrato indefinido y no reciben formación continuada. Es significativa ( $P < 0,05$ ) la asociación entre esta variable y la realización de guardias.

La menor puntuación en *burnout* se da en hombres, solteros, entre 22 y 25 años de edad y entre los primeros 5 años de

antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa, en turnos de noche con jornada continuada, con un contrato temporal, en aquellos que reciben formación y entre los que no realizan guardias. La escala total nos muestra que un 2,6% nunca o casi nunca ha padecido *burnout*, el 34,2% lo ha sufrido alguna vez y un 47,9% y un 13,3% afirma haberlos padecido de forma regular y bastantes veces, respectivamente.

**Bienestar psicológico.-** El bienestar psicológico y su correlación y significación con variables sociolaborales y sociodemográficas nos muestra que existe más bienestar psicológico (traducido en menos puntuación en esta variable) en hombres, presentando significación esta variable con la variable “género” ( $P < 0,05$ ), con una edad entre 22 y 25 años, y de 15 a 20 años de antigüedad en el puesto de trabajo y de 1 a 5 años de antigüedad en la empresa, estado civil soltero, con horario de trabajo nocturno, en jornada no continuada, con un contrato de sustitución y en aquellos que no hacen guardias y sí reciben formación continuada.

Por el contrario, se presenta más puntuación media en bienestar psicológico, traducido a menor bienestar, en mujeres en un mayor porcentaje que en hombres, con una edad entre 35 y 40 años, con contrato indefinido y una antigüedad de 25 a 30 años en el puesto de trabajo y más de 30 años de antigüedad en la

empresa. Así mismo hay menos bienestar psicológico en aquellos que realizan horario de noche en jornada continua, realizan guardias y no reciben formación continuada.

Con relación a los supuestos de trabajo planteados, observamos la correlación existente entre las variables psicosociales así como su asociación con determinadas variables sociodemográficas y sociolaborales (tabla 1).

**Tabla 1.- Asociación y relación entre variables psicosociales y resto de variables sociodemográficas y sociolaborales**

Variables sociodem. y sociolab.	Satisfacción laboral + satisf.- Menos	Somnolencia + somn.-Menos	Síntomas Psicosomáticos + síntom.- Menos	Burnout + bur.- Menos	Bienestar psicológico + bient.- Menos
Estado civil (soltero, separ./ div., casado)	Soltero - Sepa/div.	Sepa/div.-Soltero	Sepa/div.-Soltero	Sepa/div. Soltero	Solt.- Sepa/div.
Género (Hombre, mujer)	Mujer - Hombre	Mujer - Hombre	Mujer - Hombre <b>(P=0,000)</b>	Mujer - Hombre	Hombre- Mujer <b>(P=0,001)</b>
Edad (años)	22 a 25 - 30 a 35	Más de 50- 54 a 55	30 a 35- 22 a 25	30 a 35 - 22 a 25	22 a 25- 35 a 40
Antigüedad puesto (años)	1 a 5 - 30 a 35 <b>(P=0,012)</b>	1 a 5 - 30 a 35	20 a 25 - 1 a 5	20 a 25 - 1 a 5	15 a 20- 25 a 30
Antigüedad empresa (años)	1 a 5 años - 10 a 15	10 a 15 - 1 a 5	10 a 15 - 30 a 35	10 a 15 - 1 a 5	1 a 5 - + de 30
Horario (día, noche, ambos)	Día - Ambos	Noche - Ambos	Día - Noche	Ambos - Noche	Noche - Ambos
Jornada (continua, no continua)	Continua- Discont. <b>(P=0,001)</b>	No cont. Continua	Continua-discot.	No cont.- Contin.	No cont.- Cont.
Turnos (sí, no)	No - Si <b>(P=0,021)</b>	Si - No	Si - No	Si - No	Si - No
Guardias (sí, no)	No - Si	Si - No	Si - No	Si - No <b>(P=0,028)</b>	No - Si
Formación (sí, no)	Si - No <b>(P=0,000)</b>	No - Si	No - Si	No - Si <b>(P=0,002)</b>	Si - No
Tipo contrato (indefinido, Temp.,susti.)	Sustituc. - Temp.	Temp. -Sustituc.	Sustit. - Temp.	Indefin - Temp.	Sustit.- Indefi.

## **1.2.- Sobre variables psicosociales en los participantes del estudio.**

Nos corresponde ahora discutir las posibles coincidencias y discrepancias entre nuestros resultados y la bibliografía consultada en el desarrollo de nuestro trabajo.

### **1.2.1.- Satisfacción Laboral**

Con relación a la satisfacción laboral, el cuestionario que hemos utilizado para su medición (S10/12) de Meliá y Peiró (1989), elaborado a partir del Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986), nos muestra en sus 12 ítems un rango de 1 a 7, y una puntuación máxima final de 7 en satisfacción total y en cada una de las subescalas (satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente y satisfacción con las prestaciones percibidas).

Manifiesta estar insatisfecho con la supervisión un 11,8% de la muestra frente a un 67,8% que dicen estar satisfechos y el 20,4 que no está ni satisfecho ni insatisfecho

El nivel de satisfacción mayor se presenta en el factor “satisfacción con la supervisión”, con una puntuación media de satisfacción de 4,89 sobre el total de 7. *Las relaciones personales con los superiores* (ítem nº 5), con una puntuación de 5,1 de media de satisfacción, es la situación que más satisfacción produce

cuando se producen esas buenas relaciones, con un 69,7% que afirma estar satisfecho con estas relaciones. Por otro lado, *La percepción de un trato injusto que recibe en su empresa* (ítem n° 9), es lo que más insatisfacción genera entre los sujetos de la muestra cuando se origina. Nos encontramos con un 33,3% que manifiesta insatisfacción por este trato injusto.

Este resultado coincide con las aportaciones de Herberg, Mausner y Snyderman (1959) sobre los sentimientos y emociones que siente el trabajador hacia su trabajo, con relación al agrado o desagrado que siente el sujeto ante lo que realiza y a las relaciones personales que mantiene en su puesto de trabajo. Su percepción sobre el rol que desempeña, asociado a cómo se le reconoce y se le trata en la empresa, coincide con afirmaciones como las de Muchinsky (1993) al exponer esta importancia que presenta para el trabajador, el que guste a los demás el resultado de su trabajo, a la hora de sentirse más o menos satisfecho, o la coincidencia con el modelo de Afecto al Rol (Hulin, 1985) que preconiza la satisfacción recibida al relacionarse el rol que tiene el trabajador con los resultados positivos tras el desempeño de este rol, siendo reconocidos por los demás.

Otro paralelismo lo encontramos en la respuesta al ítem n° 9 (*trato no igualitario e injusto*) con la Teoría de Ajuste en el trabajo (Dawis, 1964) que manifiesta la satisfacción que siente el

trabajador cuando existe un equilibrio entre sujeto, medio y respuesta de los demás a su trabajo. Satisfacción que se condiciona a que los demás acepten y reconozcan cómo trabaja (Muchinsky, 1993).

El hecho de que genere satisfacción la existencia de buenas relaciones humanas con los superiores corrobora la teoría de Quarstein (1992), que presenta la valoración que hace el sujeto de los factores que rodean esa actividad laboral, antes y después de iniciar su trabajo.

Según el autor existen factores que se valoran antes del inicio del desempeño de sus funciones, como es el tipo de liderazgo que se ejerce en la empresa y la relación con los superiores, entre otros, y que satisface si es positiva, y produce insatisfacción si no se ajusta a sus expectativas previas. Otros factores, según el autor, se valoran después de empezar a desempeñar su actividad laboral, como serían los horarios, las cargas de trabajo existentes, o las presiones que se ejercen sobre el sujeto en el puesto de trabajo.

También nuestros resultados ante esta importancia que se da a la satisfacción con la supervisión, coinciden con Winnubst (1993), al afirmar este autor que existe la necesidad de que la organización, en la persona de sus superiores, ayude al trabajador y le apoye ante cambios organizacionales o de otra índole, así como

la aportación de Zellars y Perrewe (2001), al exponer que el profesional de la salud requiere de la ayuda de su superior y supervisor para alcanzar satisfacción laboral.

Esta necesidad de relación de ayuda al trabajador se presenta en otros autores al referirse a los supervisores o superiores en el ámbito de ciencias de la salud. Así vemos que la injusticia del superior hacia el trabajador y la no promoción profesional, provocan insatisfacción (Vigoda, 2000).

Cuando los superiores confunden el rol del trabajador, se crea insatisfacción laboral en el sujeto (Schwah, 1986). La no reciprocidad del superior al trabajador por no reconocimiento a su trabajo y trato injusto (Gil-Monte, 2005) es causa de insatisfacción de igual modo.

Esta no reciprocidad se presenta en múltiples aportaciones bibliográficas que exponen resultados y respuestas del sujeto ante esa falta de reconocimiento recíproco al trabajo que se realiza. Como ejemplo de ello vemos que la no reciprocidad del superior hacia el trabajo del otro, genera en el trabajador cambios comportamentales negativos (Kelley, 1979), agresividad (Donnerstein, 1982), despersonalización (Punk y Schaufeli, 1993), y pérdida de recursos personales tal y como se expone en el modelo de Intercambio Social de Hobfoll y Freedy (1993).

Las aportaciones de Maslach y Jackson (1981) también aluden a ello cuando cita la reciprocidad del superior ante el trabajo del subordinado y el reconocimiento y justo trato al trabajador.

Los estudios de Fornés (1990, 1991, 1994, 2002, 2004) sobre el hostigamiento psicológico en los profesionales de enfermería exponen que es uno de los colectivos profesionales que ha sido más estudiado en este tema, y uno de los más afectados, y añade que las consecuencias producidas en el trabajador como la baja autoestima y percepción de poca autoeficacia profesional, presencia de síntomas psicósomáticos e insatisfacción laboral, precisan de un cuidado de ese factor humano enfermero por parte de los supervisores de su trabajo y de la empresa.

Fornés (1994) afirma que, hay que cubrir las necesidades del personal de enfermería, centrándose en los Patrones de Gordon (Gordon, 1994) para que este personal pueda prestar cuidados a otros.

También García-Izquierdo (2006) afirma sobre acoso psicológico en el trabajo que el primer indicador es la insatisfacción con la supervisión, incidiendo en la importancia de una buena gestión de los superiores en lo que a dirección de recursos humanos se refiere.

Leymann y Gustavson (1996) con relación al mobbing, en su clasificación de síntomas psicológicos por grados, sostienen que existe una implicación de la dirección en una tercera fase de acoso psicológico, y Davenport (1999), al referirse también a la presencia de mobbing en el trabajo, expone la importancia e influencia de la mala gestión de recursos humanos e injustas relaciones humanas con el trabajador por parte de los superiores, para que se produzca esta situación de acoso laboral.

En cuanto a la “satisfacción con el ambiente” solo 3 personas de la muestra alcanzan la máxima puntuación de satisfacción (7 puntos), estando en el ítem 1 (*alcance de objetivos y metas*) la mayor satisfacción que se produce en el individuo con una puntuación media de 4,05 sobre el total de 7. Se desprende de nuestros resultados, que el medio físico y entorno de trabajo es importante para los participantes de la muestra. Un 32,1% de la muestra está insatisfecho con su trabajo, frente a un 40,4% satisfechos

En este factor de la satisfacción con el ambiente, coinciden los resultados de nuestro estudio con muchos de los autores revisados, que confirman la repercusión que tiene el entorno. En ocasiones, encontramos en ese entorno la presencia de elementos externos al desempeño laboral, como factores multidimensionales que generan más o menos satisfacción (Harpaz, 1983). Herberg

(1959) los denomina “factores higiénicos o externos”. Por su parte Vroom (1964) afirma que estos proporcionan satisfacción anticipada.

En nuestros resultados, en esta dimensión lo que mayor insatisfacción presenta es el entorno físico y espacio de que disponen los participantes de la muestra, para realizar su trabajo, con un 48,5% que dicen estar insatisfechos.

Las teorías que aluden al equilibrio entre sujeto y medio exponen que la importancia de estar satisfecho no sólo radica en cuál es el nivel de satisfacción, sino en la calidad de esa satisfacción. Satisfacción que nos proporciona el medio de trabajo (Büssing, 1992), el orden organizacional (Fiske, 1984), o la burocracia laboral que limita las iniciativas y creatividad del trabajador en el ámbito hospitalario (Mintzberg, 1988), provocando mucha insatisfacción ante las excesivas normas, reglamentos y actividades protocolizadas existentes.

Respecto a ello también aportan su opinión autores como Jansen (1996) incidiendo en los factores ambientales que provocan la pérdida de autonomía del profesional para alcanzar sus objetivos y metas, con baja autoestima e inseguridad en la toma de decisiones, e incluso falta de control sobre su propio trabajo (Glass, 1993).

También en la satisfacción con el ambiente, Gil-Monte (2005) nos habla sobre la influencia que tiene en la satisfacción laboral las características ambientales. Cuando el individuo es vulnerable a estos factores ambientales, entra a formar parte del proceso el nivel de afrontamiento del sujeto, dependiendo de sus características psicológicas, sus mecanismos biológicos, capacidades físicas, sistemas de apoyo a su alcance, antecedentes de estrés sufridos, o recursos personales con los que cuente (Fornés, 2004; Gil-Monte, 2005; Harrison, 1983; Mc Grath, 1976; Mingote, 2003).

Todo lo referente al clima organizacional (Sáez, 1997) tiene una gran repercusión en el ambiente físico de trabajo, incidiendo en el nivel de satisfacción laboral del trabajador. También destaca en este nivel de afrontamiento ante un factor ambiental de riesgo psicosocial, el tipo de agente o estresor del factor (bioquímico, físico o psicosocial), su duración y tiempo al que está expuesto el individuo, y su intensidad y la respuesta biológica del que sufre ese estrés y posterior insatisfacción (Mingote, 2003).

Los factores ambientales biológicos, físicos, químicos y psicosociales en el medio de trabajo (microorganismos, luz artificial, material contaminante y radioactivo, presencia de maquinaria y tecnología de alto riesgo, presiones de control, supervisión y mediciones de calidad asistencial, etc.), se convierten

en estresores laborales que generan pérdida de salud e insatisfacción laboral, aun utilizando medidas de prevención (Bonafonte, 2005).

Nuestros resultados presentan que las condiciones laborales de los profesionales de enfermería les hace vulnerables a estos factores ambientales, ante la continuidad y permanencia horaria en el puesto de trabajo, el tipo de contrato y organización laboral con una nocturnidad y sistema de guardias y rotación horaria de turnos, y el hecho de ser aún una profesión integrada en su mayoría por mujeres, pues añade a esas condiciones laborales el factor de la dificultad para la conciliación laboral y familiar.

Los resultados obtenidos presentan una muestra con un elevado porcentaje de mujeres, más que de hombres. En su estado civil predominan divorciadas y separadas más que casadas; a diferencia de los hombres, presentan menos antigüedad en la empresa y puesto de trabajo, y menos estabilidad laboral, ya que las mujeres superan a los hombres en número en lo que a contratos temporales y de sustitución se refiere.

Mingote (2003) afirma que la incidencia de los factores de riesgo ambiental variará según el género y estado civil, y según las respuestas biológicas, físicas y psicológicas al estrés dependiendo de que el sujeto sea hombre o mujer. Añade que la capacidad del

sujeto para afrontar el estrés y las estrategias utilizadas para ello, el exceso de carga de trabajo y la falta de tiempo para desarrollarlo variará también según el género, ya que el hombre busca recursos para solucionar un problema provocado por estrés, y la mujer busca cómo reducir el efecto de ese problema con resignación y apoyo emocional (Mingote, 2003).

Ante esto podemos decir que en los resultados de la muestra, aunque no es significativa la asociación de satisfacción laboral con la variable género, sí hemos encontrado una mayor puntuación media en satisfacción laboral en el hombre sobre la que presenta la mujer en lo que a “satisfacción con el ambiente” se refiere.

Se observa más absentismo por enfermedad en la mujer siendo las causas principales las patologías y trastornos físicos relacionados con la maternidad y sus consecuencias, y otras situaciones de enfermedad en la mujer (trastornos del sueño, digestivos, nerviosos, lumbares, cervicales, circulatorios) derivadas de cansancio físico y psicológico.

Según el modelo Socioambiental de satisfacción (French, 1962), el ambiente y medio laboral se asocian a la percepción que tiene el trabajador de su trabajo y a las consecuencias físicas,

psicológicas, biológicas y mentales que se produzcan como resultado de esa exposición a factores ambientales.

En la valoración de la satisfacción con el ambiente en los profesionales de enfermería, hay que considerar la situación vivida cotidianamente ante el contacto con el dolor, el sufrimiento y la muerte relacionado con ese medio laboral, donde es obligado mantener unas relaciones humanas con pacientes y familia que no permiten al profesional expresar sentimientos ante esas manifestaciones de dolor que vive con ellos. Esto produce en ocasiones desmotivación, tal y como indica Harrison (1983), baja autoestima cuando no consigue resultados esperados, y se siente culpable por lo que podía haber dado y no lo ha hecho, tal y como se afirma en la Teoría de la Discrepancia de Locke (1984), pero es lo que más satisfacción genera cuando se consigue la meta y objetivos previstos, donde un 53,2% manifiesta estar satisfecho en este ítem.

En cuanto a la “satisfacción con las prestaciones percibidas”, 13 personas de la muestra dan una máxima de satisfacción con una puntuación de 7, encontrándonos con una media de 4,17 de puntuación en “satisfacción con las prestaciones”. Un 27,6% están insatisfechos frente al 48,2% que dicen estar satisfechos. El ítem 11 (*el grado en que la empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales*) nos muestra la puntuación media mayor en

satisfacción con estas prestaciones percibidas con una media de 4,37 sobre el máximo de 7, con un 49,9% que afirman estar satisfecho con la empresa en estos puntos.

Los resultados obtenidos coinciden con afirmaciones teóricas de otros autores como Hochschild (1983), sobre la importancia que tiene el desequilibrio que se produce en el sector sanitario entre la realización de un trabajo emocional (emotional labor) y la forma de entregarse a él, y el salario percibido como única prestación gratificante. Cuando se añade un incumplimiento de convenios y disposiciones laborales por parte de la empresa, con relación a la ratio enfermera-paciente y el exceso de carga de trabajo, se provocan consecuencias psicosociales en el trabajador (Aiken, 1995; Aiken, 2002<sup>a</sup>; Bañeres, 2005).

También en la “satisfacción con las prestaciones”, al igual que en “satisfacción con el ambiente”, encontramos que son las mujeres las que manifiestan más satisfacción que los hombres en lo referente a “satisfacción con las prestaciones”, corroborando las opiniones de autores que comentábamos anteriormente, sobre la influencia del género en la percepción de satisfacción laboral, debido a cómo afronta el sujeto un problema derivado del estrés.

La satisfacción total nos muestra una puntuación media de 4,50 sobre el total de 7 que nos presenta este instrumento. Sólo un

15,6% está insatisfecho, frente al 53,1% que manifiesta estar satisfecho.

Encontramos diferencia significativa en “antigüedad en la empresa” y satisfacción con las prestaciones ( $P=0,007$ ) y satisfacción con la supervisión ( $P=0,033$ ). También en la variable “tipo de horario” y satisfacción con el ambiente ( $P=0,002$ ), y en la variable “tipo de jornada” y satisfacción con el ambiente ( $P=0,030$ ) y satisfacción con la supervisión ( $P=0,003$ ). El nivel de satisfacción en la muestra es menor en los turnos partidos y mayor en los turnos rodados.

También en los resultados obtenidos es evidente la importancia de acceder a actividades formativas, mostrando más satisfacción los que reciben una formación continuada.

El análisis factorial realizado en el cuestionario de medición de satisfacción laboral coincide en sus resultados con los 3 factores del instrumento (satisfacción con la supervisión, con el ambiente físico y con las prestaciones percibidas).

La mayor carga factorial se produce en el primer factor sobre el ítem nº 6 (*la supervisión que ejercen sobre usted*), seguido del ítem nº 7 (*la proximidad y frecuencia con que es supervisado*), y el ítem nº 8 (*la forma en que sus superiores juzgan su tarea*).

En el segundo factor, o satisfacción con el ambiente, el componente que más carga presenta se produce en el ítem 3 (*el entorno físico y el espacio de que dispone en su trabajo*).

En el tercer factor, o satisfacción con las prestaciones, la carga más elevada se produce en el ítem 12, (*la forma en que se da la negociación en la empresa sobre aspectos laborales*)

Así mismo el medio y sus características físicas y la importancia de las relaciones humanas y nivel de negociación entre la empresa y el individuo que trabaja, marcan la prioridad de solicitud de justicia y equidad para mantener una satisfacción laboral.

### **1.2.2.- Trastornos del sueño**

Siguiendo con las consecuencias psicosociales en el profesional de enfermería hospitalario, el indicador de calidad del sueño y nivel de somnolencia, valorado mediante la Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991), versión adaptada por Ferrer, Vilagut y Monasterio (1999), para medir la repercusión del trabajo en el descanso, sueño y vida de los encuestados, nos ha dado un resultado de 6,55 de puntuación media, traducido en que no llega a manifestarse “ligera somnolencia”, ya que no alcanza la puntuación 7 que nos indicaría ese nivel según la Escala utilizada.

Los participantes de la muestra presentan ausencia de somnolencia en un 57%, mientras que un 36,1% afirma tener ligera somnolencia y un 5,8% moderada.

Sobre la posibilidad de somnolencia en determinadas situaciones, el ítem 5 del cuestionario (*descansando por la tarde cuando las circunstancias lo permiten*) con una puntuación media de 1,78, nos da la mayor puntuación del cuestionario, y donde observamos que un 32,1% dice tener alta somnolencia en esta circunstancia. La Escala de Epworth marca con puntuación 24 el máximo posible referido a “somnolencia grave”. Sólo una persona alcanza una puntuación de 23 sobre esa máxima.

Este resultado muestra que no se produce somnolencia en situaciones de actividad laboral. La turnicidad es una causa importante de trastorno del sueño e insatisfacción laboral (Ferreros, 1974) por las consecuencias que tiene en los ritmos biológicos y consecuente estrés que provoca.

Coinciden con el autor nuestros resultados, ya que la escasa presencia de somnolencia en la muestra, y consecuentes trastornos del sueño, se corresponde solo con la pequeña cantidad de sujetos que realizan turnos de noche (hombres 7,6% y mujeres 2,2%). La nocturnidad en el horario de trabajo muestra en los

resultados obtenidos más somnolencia, menos síntomas psicosomáticos, menos burnout y más bienestar psicológico.

En cuanto a la turnicidad, la mayoría de los participantes de la muestra (96,3% del total de la muestra) tiene jornadas continuadas de trabajo y manifiesta tener más satisfacción y bienestar psicológico y menos burnout, sin alterar sus procesos de sueño-descanso.

Con relación a la rotación en los turnos (mañana, tarde, noche) observamos que los turnos rodados producen más somnolencia, síntomas psicosomáticos, *burnout* y menos satisfacción, pero más bienestar psicológico y solo en somnolencia con la variable satisfacción existe una significación ( $p < 0,05$ ), pero tampoco se alteran sus procesos de sueño-descanso.

No hemos encontrado diferencia significativa entre trastornos del sueño y absentismo laboral. En esto no coinciden nuestros resultados con las afirmaciones de autores que consideran la turnicidad como predictor de problemas de salud e incluso presencia de conflictos familiares por trastornos producidos en los ciclos circadianos y del sueño-vigilia (Mingote, 2003; DSM IV, 1995; Pérez, 1994; Peiró, 1993; Piotrkowski, 1987; Wilder, 1995).

### **1.2.3.- Síntomas Psicosomáticos asociados al estrés**

La escala adaptada de Golembiewski (1986) y Hock (1988) utilizada en nuestro estudio, refleja en los 12 ítems que componen el cuestionario con rango 6 ( de 1 a 6), la presencia de síntomas de origen psicosomático que pueden estar asociados a las presiones y tensiones laborales, pudiendo darnos esta escala una máxima puntuación de 72 puntos.

El resultado obtenido evidencia una puntuación media de 29,33 puntos, de un total de 72, de presencia de síntomas psicosomáticos asociados al estrés. Es en el ítem n° 4 (*sensación de cansancio extremo o agotamiento*) donde se presenta la puntuación media mayor (3,36), con un 26% de la muestra que afirma padecerlo muchas veces, y un 15% dice sufrir ese *cansancio extremo* con frecuencia. Le siguen en puntuación media elevada los ítems n° 2 (*jaquecas y dolores de cabeza*) y n° 3 (*indigestiones o molestias gastrointestinales*) con una puntuación media de 2,77 y 2,69 respectivamente. La puntuación media más baja nos la ofrece el ítem n° 9 (*temblores musculares*) con 1,80.

El ítem n° 12 (*tendencia a sudar o palpitaciones*) presenta una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en las tres subescalas de satisfacción que mide el instrumento (con la supervisión, con el ambiente y con las prestaciones), al igual que el n° 4 (*cansancio*

*extremo o agotamiento*) y n° 7 (*respiración entrecortada o sensación de ahogo*).

Nuestros resultados ofrecen que el 55,6% de la muestra nunca o raras veces ha tenido síntomas psicosomáticos, frente a un 42,2% que los ha padecido algunas veces o con frecuencia.

Autores como Deckard y Field (1994) afirman que la aparición, entre los profesionales de la salud, de síntomas psicosomáticos asociados al estrés e insatisfacción laboral consecuente, se debe a la generalizada idea social que en ocasiones se tiene del profesional de la salud, al que se le reclaman ilimitados “poderes” para abordar problemas de difícil solución. Esto produce despersonalización, estrés, *burnout* y sintomatologías psicosomáticas e insatisfacción laboral en el trabajador, en opinión de Heu Ven y Bakker (2003), acompañado de cansancio y agotamiento.

La fatiga y cansancio extremo, que aparece como mayor síntoma psicosomático en nuestra muestra, coincide con las afirmaciones de los autores anteriormente citados, y también se presenta en otros estudios con la consecuente aparición de patologías crónicas (Friedman, 1990), aunque como afirman Lazarus y Folkman (1984), puede influir en los estados de salud y aparición de síntomas psicosomáticos el estrés y su afrontamiento,

pero no está demostrado que sea la causa de determinadas patologías.

Nuestros resultados presentan como causas de bajas por enfermedad patologías digestivas y jaquecas relacionado con el tipo de actividad que realizan (asistencia hospitalaria). Actividad considerada de riesgo (Artiaga, 1997) en la enfermería hospitalaria, en la que hay un porcentaje muy elevado de agotamiento emocional y despersonalización.

La opinión de otros muchos autores (Antón, 1999; Aycan y Kanungo, 2001; Manzano, 1999; Mellier y Paoli, 2001; Mingote, 2000; Plan, 1999) defiende que los profesionales de enfermería sufren estos síntomas debido a la sobrecarga de trabajo, a la no definición de funciones, a altos niveles de responsabilidad, a pocas posibilidades de promoción profesional y a la relación de ayuda que establece con el paciente.

Otros estudiosos del tema afirman que la sintomatología psicósomática también puede aparecer por las escasas perspectivas que tiene el personal de enfermería para promocionarse profesionalmente, ante las pocas posibilidades para formación continuada debido a su excesivo trabajo y sistemas horarios en su organización laboral (Conrad, 1985; Chermisse, 1989; Etzion, 1987; Gil- Monte, 2005).

Se presenta diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) respecto a la realización de actividades formativas y satisfacción laboral y presencia de *burnout*

Comprobamos que, como ya anteriormente expusimos, realiza esas actividades de formación continuada y asiste a cursos de formación un 58,4% de los participantes de la muestra (64,9% hombres y 55,8% mujeres), pero curiosamente, no se produce con frecuencia esa asistencia a congresos (no asiste el 66,7%) y a sesiones de actualización y sesiones clínicas, donde se observa que no asisten el 75,1% y el 82,3% respectivamente.

Autores como Katz y Kahn (1990) afirman que es importante que se favorezcan acciones que, como fuerzas psicológicas, motiven al trabajador facilitándole las expectativas de promoción y crecimiento profesional, que a su vez favorece el desarrollo de la organización.

También la necesidad de la formación profesional sobre las innovaciones que nos han traído las nuevas tecnologías, demanda una ayuda que debe prestársele al trabajador por parte de la empresa, para actualizarlo en todos estos campos que están modificando el escenario laboral (Noval, 2002; Winnubst, 1993) facilitándole de este modo su trabajo.

El Consejo Internacional de Enfermería en palabras de Wynne (1993) denuncia como causa de síntomas psicósomáticos y estrés, determinadas situaciones entre las que incluye la imposibilidad de formación profesional, para afrontar el trabajo con seguridad y confianza en sus actuaciones.

Autores como Mingote (2003) afirman que la presencia de estrés no es en sí una enfermedad, ya que no todo el que padece estrés sufre una sintomatología psicósomática que se traduce en patología. Depende de otras variables sociodemográficas y sociolaborales, unidas a las características del individuo y del medio, a su nivel de capacidad para afrontar esa situación de estrés y, por supuesto, a la intensidad, duración y tipo de agente estresante.

Añade que son más mujeres que hombres las que lo padecen, y que son estas más vulnerables al estrés y sintomatologías consecuentes, siendo más propensas en divorciadas, separadas y solteras, y en una edad que oscila entre los 40 y los 45 años.

Nuestros resultados corroboran las afirmaciones de Mingote (2003) sobre la asociación entre síntomas psicósomáticos y determinadas variables sociolaborales y sociodemográficas, como ya expusimos, al ser las mujeres las que más síntomas

psicosomáticos manifiestan ( $p < 0,05$ ), siendo mayoritariamente separadas o divorciadas, aunque no hay coincidencia con el autor en la edad, ya que esta sintomatología se presenta en mayor grado entre los 30 y 35 años de edad.

El citado autor añade que existe una determinada forma de afrontar el estrés (las mujeres minimizan el problema causante del estrés y abordan cómo disminuir la consecuencia). Ante esto, observamos en nuestros resultados que manifiesta más satisfacción laboral la mujer, a pesar de tener más inestabilidad laboral (más contratos temporales que indefinidos), menos permanencia en esas contrataciones (menos antigüedad en el puesto de trabajo que el hombre) y menos posibilidad de acceso a una formación continuada.

Los resultados de nuestra muestra presentan que es la mujer la que produce más absentismo laboral. Autores como Friedman (1990) exponen que el estrés se asocia a patologías crónicas, dependiendo de la adaptación inmunológica del sujeto a la situación (Engel, 1982), o a su respuesta a ese estrés (French y Kahn, 1962). Por el contrario Lazarus y Folkman (1984), manifiestan que el estrés influye en la salud pero no está comprobado que sea causa de patología,

Manzano (1999) señala a su vez que, es el agotamiento, cansancio emocional y despersonalización que sufre el personal de enfermería hospitalario, lo que llega a provocar fugas profesionales hacia otros sectores laborales (Cuevas, 1998)

Fornés (1990, 1991) incide sobre este mismo punto al presentarnos la repercusión que tiene el estrés en la aparición de sintomatología y pérdida de salud en los profesionales de enfermería, dependiendo del medio en el que desarrollan su trabajo, su nivel de responsabilidad y existencia de recursos humanos para afrontar las cargas de trabajo, sin olvidar que los predictores de ese estrés pueden estar determinados por variables de personalidad.

También los resultados de nuestro estudio destacan, como anteriormente exponíamos, la importancia de los factores ambientales en la satisfacción laboral. Harrison (1995) habla del modelo de Peiró al afirmar que es el desequilibrio entre el medio y el sujeto lo que genera un factor de riesgo de estrés asociado a la aparición de síntomas psicosomáticos.

### **1.2.4.- Burnout.-**

El instrumento que hemos utilizado para medir el *burnout* y desequilibrio entre el entorno laboral y las capacidades del sujeto para hacerle frente, presenta en sus 16 ítems con rango 7 (de 0 a

6), la presencia de tres dimensiones (agotamiento emocional, eficacia profesional y cinismo), con una puntuación máxima de 6 en cada dimensión.

En la dimensión “eficacia profesional” encontramos una puntuación media de 4,27 (sobre 6 de máxima). En esta dimensión la interpretación es “a más puntuación, menos *burnout*”, encontramos que sólo 7 personas alcanzan la máxima puntuación de 6. Un 36,3% de la muestra dice no haber sufrido *burnout* nunca o casi nunca frente al 15,9 que manifiestan haberlo padecido regularmente. La puntuación más baja que nos indicaría mayor causa de *burnout*, con una puntuación media de 1,32, la encontramos en el ítem 11 (*me estimula conseguir objetivos en mi trabajo*), donde un 28,7% afirma que nunca ha sentido este estímulo, indicando más presencia de *burnout*. La más elevada que nos revela menos presencia de *burnout*, aparece en el ítem 12 (*he conseguido muchas cosas valiosas en este puesto en mi trabajo*) con una puntuación media de 2,50, y en donde un 29,7% de la muestra *conseguido muchas cosas valiosas en este puesto en mi trabajo* entre bastantes veces y siempre.

En la dimensión “agotamiento emocional” la puntuación media mayor correspondería a más presencia de *burnout*. Encontramos en nuestros resultados una puntuación media de 1,97 sobre una máxima de 6. Sólo 3 sujetos de la muestra tienen

la máxima puntuación de 6. Un 24,4% de los encuestados afirma tener agotamiento emocional bastantes veces o casi siempre.

La mayor presencia de *burnout*, y con una media de 2,77 la encontramos en el ítem 2 (*estoy consumido al final de un día de trabajo*), donde responde positivamente algunas veces, un 37,7% de la muestra, y un 11,2% siempre o casi siempre. La media más baja con una puntuación de 1,75, se presenta en el ítem 4 (*trabajar todo el día es una tensión para mí*), que indicaría menos presencia de *burnout* en este ítem, donde un 50,2% nunca han sentido esta tensión al desempeñar su trabajo.

La última dimensión de este instrumento, “cinismo” se traduce, al igual que la anterior, a más puntuación, más presencia de *burnout*.

Dicen no haber padecido *burnout* nunca o casi nunca un 50,4% frente al 19,2% que dicen haberlo sufrido bastante o casi siempre.

La puntuación media es de 1,73 sobre la máxima de 6, siendo la media mayor la del ítem 13, (*quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado*). La más baja con una media de 1,35, la encontramos en el ítem 8 (*he perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto*). En este ítem un 64,3% responde que nunca ha sentido este desinterés.

Los resultados del cuestionario MBI\_GS Total, presentan una puntuación media de 1,80 sobre la máxima de 6, respondiendo haber tenido *burnout* algunas veces un 34,2%, y regularmente un 47,9% del total de la muestra

La dimensión que más afecta y puede generar más *burnout*, según resultados en nuestra muestra, es en la dimensión “agotamiento emocional”

Podemos resumir que, en la dimensión “eficacia profesional” es donde hay menor presencia de *burnout* y mayor satisfacción *al conseguir muchas cosas valiosas en este puesto* (ítem 12) y, por el contrario, *me estimula conseguir objetivos en mi trabajo* (ítem 11) es lo que manifiestan los componentes de la muestra que menos existe, provocando insatisfacción laboral y siendo un potencial generador de *burnout*.

En la dimensión “Agotamiento emocional”, el trabajar todo el día no les produce una tensión por lo que no sería un elevado número de horas de jornada laboral el riesgo de presencia de *burnout*. Sí es un factor de riesgo de *burnout* y que más insatisfacción produce, el *encontrarse consumidos al final de un día de trabajo* (ítem 2).

En la dimensión “Cinismo”, en respuesta al ítem 13 manifiestan *querer hacer su trabajo sin ser molestados*, siendo la

causa que más riesgo de *burnout* presenta, y a la vez *no han perdido interés por su trabajo* (ítem 8).

Respecto a la coincidencia de estos resultados con los modelos, teorías y opiniones de los autores consultados en nuestro estudio (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2005; Maslach y Jackson, 1979; Maslach y Pines, 1977; Muchinsky, 1993), encontramos que también achacan la baja eficacia profesional en los profesionales de servicios, como son los sanitarios, al exceso de cargas de trabajo, tiempos elevados de dedicación y presencia de situaciones de tensión y estrés, que termina con respuestas de actitud negativa hacia el trabajo, perdiendo motivación por alcanzar objetivos e interés por el receptor de sus servicios, llegando a considerarse el *burnout* como la “epidemia” de determinados sectores profesionales como los relacionados con la sanidad y la educación (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Al mismo tiempo, el ser un indicativo de presencia de *burnout* el *no tener estímulo para conseguir objetivos en el puesto de trabajo* (ítem 11), tal y como se presenta en nuestros resultados, coincide con las aportaciones de autores como Pines, Aronson y Kafry (1981), cuando afirman que el tedio es un síntoma de *burnout*, o con la presentación de las teorías de intercambio social (Bruunk y Schaufeli, 1993) donde se asocia a la presencia de

*burnout* la repercusión del desequilibrio entre lo que piensa el sujeto que está dando, y lo que recibe a cambio.

Este desencanto para alcanzar objetivos en el puesto de trabajo se identifica con la teoría de Hochschild (1983), al exponer que los profesionales de la salud se implican y entregan en el trabajo por un salario que no cubre la carga emocional que conlleva (*emotional labor*) y que, además, según afirmaciones de Morris y Feldman (1996), tienen que manifestar sentimientos y dar la imagen de no sentirse afectados por lo que están viviendo en esas circunstancias laborales.

También Deckard y Field (1994) exponen lo que espera la sociedad del profesional sanitario. Una excesiva demanda a cambio de un salario y sin más reconocimiento profesional, produciendo despersonalización, estrés, sintomatologías psicosomáticas y *burnout* en el sanitario (Heu Ven y Bakker, 2003).

Harrison (1983) afirma al respecto en su modelo de Competencia Social, que la motivación que lleva al profesional sanitario a ayudar al paciente, sin considerar lo que recibe a cambio, se produce en los primeros años de actividad profesional. Motivación que decrece con los años ante la exigencia y demanda del paciente y el poco reconocimiento hacia su trabajo, que podríamos traducir como *la falta de estímulo para conseguir*

*objetivos*. El desequilibrio entre lo que se exige de él y lo que recibe a cambio se acentúa cuando no recibe apoyos desde la organización para poder afrontarlo (Harrison, 1978; Karasek, 1979)

Freudenberger (1973) afirmó que el *burnout* puede aparecer al no alcanzar los resultados esperados y el éxito en el trabajo. Sáez (1997a), al hablar sobre satisfacción laboral, corrobora esta afirmación cuando expone la insatisfacción que sufre el sujeto al no cubrirse las expectativas entre lo que quería alcanzar con el trabajo y lo que ha conseguido en la realidad.

Con relación al “agotamiento emocional”, esta dimensión del cuestionario unido al cansancio físico se presenta en numerosos autores, al igual que en nuestros resultados, como la dimensión más evidenciada y que inicia, en la mayoría de las ocasiones, la presencia del *burnout* (Maslach y Pines, 1977; Maslach y Jackson, 1979; Golembiewski, 1993), e incluso considerando ese agotamiento emocional como un concepto unidimensional en el *burnout*.

El modelo de Intercambio Social (Hobfoll y Freedy, 1993) es también un exponente de la presencia de agotamiento emocional e insatisfacción laboral, donde el sujeto pierde recursos personales en el trabajo y entra en una situación de estrés y *burnout* según afirman los autores.

Manzano (1999) aborda el término “cansancio emocional” como consecuencia del desequilibrio entre las cargas de trabajo y presión asistencial que sufre el sujeto y lo que recibe a cambio y el sentimiento de fracaso profesional, como factores indicadores de *burnout*, y añade (Manzano, 1997) que existe una estrecha relación entre el cansancio emocional y la personalidad del sujeto que lo sufre, ya que la baja autoestima que puede aparecer podrá afrontarse en mayor o menor medida y provocará situaciones de estrés y *burnout*.

Sáez (1997) afirma que el *burnout* es una presión emocional asociada a las relaciones humanas. Relaciones que se dan en un trabajo de equipo como es el de enfermería. También Buunk y Schaufeli (1993) explican en su modelo de Intercambio Social, el cansancio emocional y presencia de *burnout* en enfermería, por las relaciones humanas que se producen con compañeros y pacientes.

Al llegar a la tercera dimensión, o “cinismo”, que analiza el cuestionario, el ítem que más puntuación de *burnout* presenta (*quiero hacer mi trabajo sin ser molestado*) coincide con Golembiewski (1993) al afirmar que en profesionales sanitarios, sobre todo, la despersonalización y agotamiento emocional llevan a una escasa realización del trabajo y modificaciones de conducta y baja autoestima con el paso de los años, donde sólo aspiran a hacer un trabajo sin intromisiones.

De igual opinión son otros autores como Pines y Aronson (1988), Maslach, (1978, 1982), Mingote (2003), Gil-Monte (2005), al ratificar que el cinismo aparece en sectores profesionales de servicios, como es el caso de enfermería, tras sufrir un agotamiento emocional, desgaste psicológico por el trabajo (García, Sáez y Llor, 2000), con aparición de actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida de interés por el cliente-paciente (Maslach y Pines, 1977), por tensiones laborales, estrés, exceso de cargas de trabajo y tiempos de dedicación (Maslach y Jackson (1979), con desorientación profesional y sentimiento de culpa (Burke, 1987).

Los resultados de nuestro estudio con relación a la presencia de *burnout* en la muestra, coinciden con la bibliografía referida en cuanto a la priorización que se hace por diversos autores, de “el agotamiento emocional” como primera dimensión a considerar en la aparición del *burnout*, por encima de las otras dimensiones que contempla el instrumento de medición que hemos utilizado (eficacia profesional y cinismo).

### **1.2.5.- Bienestar Psicológico**

El cuestionario de salud general de Goldberg, GHQ-28, (Goldberg y Hillier, 1979) según adaptación de Lobo, Pérez Echevarria y Antal (1986) que hemos utilizado para medir el bienestar psicológico de los componentes de nuestra muestra, nos

presenta en sus 28 ítems un rango 4 (de 0 a 3) en sus cuatro subescalas, que responden a las dimensiones “síntomas somáticos”, “angustia e insomnio”, “disfunción social” y “depresión grave”, y la posibilidad de una puntuación máxima de 21 puntos en cada dimensión, traduciéndose en “a más puntuación, menos bienestar psicológico”.

En la dimensión “síntomas somáticos” la puntuación media es de 6,6 sobre el total de 21. Un 25,3% de la muestra no sufre síntomas somáticos frente al 74,7% que sí los padece en mayor o menor grado. La media mayor, traducido en menos bienestar, se presenta en el ítem nº 1 (*se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma*) con una puntuación de 1,32, y la media más baja corresponde al ítem nº 7 (*ha tenido oleadas de calor y escalofríos*), con 0,65 de puntuación.

Respecto a la dimensión “angustia /insomnio”, la media de todos los ítems que la conforman es de 6,1 sobre la puntuación total de 21. Un 69,3% de la muestra afirma que sí ha padecido disminución de bienestar en esta dimensión frente al 30,7 % que no tiene problemas de bienestar psicológico. La puntuación media mayor se encuentra en el ítem nº 4 (*se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado*) con 1,12 puntos, donde un 29,8% dice sentirse en esta situación. La media más baja es en el ítem nº 5

(¿se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?) presentando una puntuación media de 0,40.

En la dimensión “disfunción social”, la media de todos los ítems es de 7,24 sobre la puntuación total de 21. El 95,6% de la muestra han padecido disfunción social en mayor o menor intensidad. La puntuación media mayor corresponde al ítem nº 2 (*¿le cuesta más tiempo hacer las cosas?*) con 1,14 de puntuación media, y la media más baja en el ítem nº 6 (*¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?*) con una puntuación media de 0,92.

La dimensión “depresión grave”, nos presenta una puntuación media de todos sus ítems de 1,77 sobre la puntuación total de 21. En esta dimensión el 84,3% gozan de bienestar psicológico. La puntuación media mayor es la del ítem nº 5 con 0,50 (*¿ha notado que a veces no puede hacer nada por tener los nervios desquiciados?*), y la más baja en el ítem nº 7 (*¿ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?*) con una puntuación media de 0,13.

La escala global en los 28 ítems del cuestionario presenta una puntuación media de 21,75 sobre 84, o máxima puntuación de esta escala global, y en mayor o menor grado el 97% de los encuestados afirma presentar problemas de bienestar psicológico.

Podemos resumir que el mayor nivel de bienestar aparece con relación a los ítems de la dimensión “depresión grave”, seguido de “angustia e insomnio”. Es en las dimensiones “síntomas somáticos”, seguido de “disfunción social”, donde más afectado se ve el bienestar psicológico de los participantes de la muestra

El análisis factorial que hemos realizado de los resultados obtenidos nos muestra cuatro componentes. En el primer componente podemos ver cómo los ítems que más carga factorial presentan son los correspondientes a la dimensión “depresión grave”. A diferencia de lo que expone el instrumento de medición utilizado, donde el autor incluye en esta dimensión el ítem nº 5 (*¿ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?*), en nuestros resultados el ítem nº 5 presenta más carga en el componente tercero, correspondiente a la dimensión “angustia e insomnio”.

En los otros tres componentes nuestros resultados coinciden con los del autor en todos los ítems, al igual que su carga factorial en las respectivas dimensiones del instrumento.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con las afirmaciones de aquellos autores que manifiestan la relación existente entre determinados factores laborales y sus

consecuencias psicosociales para la salud, satisfacción y bienestar del trabajador.

Vemos esta coincidencia con los estudios de Aiken (1994, 1995, 2000, 2002<sup>a</sup>) al manifestar la influencia de la carga de trabajo y acoso psicológico laboral sobre el nivel de estrés, *burnout* e insatisfacción laboral de las enfermeras, incidiendo en el bienestar psicológico de la enfermería hospitalaria como grupo de riesgo más afectado.

En nuestra muestra el resultado evidencia que es la dimensión “disfunción social” una de las que más problemas de bienestar presenta, tal y como Garden (1989) expone al manifestar que los trabajadores de servicios sanitarios y sociales mantienen una conducta más emocional en su actividad laboral, frente a otros colectivos profesionales que presentan una conducta racional con menos implicación en las relaciones de ayuda y menos desgaste físico y, sobre todo, psicológico.

No es una coincidencia, entonces, que el ítem que muestra menos bienestar psicológico en esta dimensión sea *¿le cuesta más tiempo hacer las cosas?*. Cuestión relacionada con el rendimiento en el trabajo

Mesa de la Torre (2001) afirma que cuando se exige una preparación técnica, científica y psicológica al profesional para dar

las respuestas y tomar decisiones adecuadas a los problemas ajenos en el momento preciso, puede provocar problemas de bienestar psicológico en el trabajador, dando como respuesta bajo rendimiento y absentismo laboral, constituyendo un riesgo para el paciente en la atención particular que debe recibir en los cuidados de salud.

Respecto a la dimensión “síntomas somáticos”, el resultado de nuestro estudio nos presenta la asociación entre las consecuencias psicosociales y el rendimiento en el trabajo, ya que es el ítem *¿se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?* el que menos bienestar presenta.

Esto se corresponde con lo expuesto por Estry-Bèhar (1996) al decir que la responsabilidad que se asume, unido a factores como la falta de reconocimiento por parte de los superiores, las relaciones humanas que se establecen con los pacientes y familia, el clima de la organización, turnicidad y horarios irregulares o la escasa autonomía profesional en ocasiones, son causa de situaciones de estrés, *burnout* e insatisfacción laboral, y repercuten en el bienestar psicológico y salud física del trabajador.

Ante esto, Fornés (2003) habla de la necesidad de cuidar al cuidador ante los problemas de ansiedad y estrés que sufre el

personal de enfermería, con la consecuente disminución del bienestar laboral.

Carmona (2002) refiere en un trabajo sobre la asociación del *burnout* con determinadas variables sociodemográficas en las enfermeras, las consecuencias psicológicas y pérdidas de bienestar que sufre este personal.

En cuanto a la asociación de bienestar con las variables sociodemográficas y sociolaborales, coincide con los resultados de nuestro estudio el realizado por Yegler (2003) al afirmar que los más afectados por las peores condiciones de antigüedad, seguridad y estabilidad laboral, manifiestan más satisfacción y más bienestar laboral que aquellos que tienen más estabilidad y antigüedad en su puesto de trabajo. El autor añade que el personal que no tiene pareja es más vulnerable a padecer síntomas psicósomáticos y disminución de satisfacción y bienestar laboral. Hecho que coincide con el resultado de nuestra muestra.

También vemos con relación al bienestar psicológico en el ámbito laboral, la aportación de Escribá (2000), cuando analiza los problemas relacionados con el bienestar del trabajador debido a los estresores laborales que afectan a su salud, a la vez que repercuten en su desempeño profesional.

Ponce-Gómez (2006), respecto a la repercusión en el paciente, dedica una especial atención a las consecuencias que los problemas de bienestar del personal de enfermería pueden tener en la calidad de la atención prestada en los cuidados enfermeros. Siendo de forma más acentuada en aquel personal que realiza sus actividades en unidades de alta especialización, como es el caso de las unidades de cuidados intensivos (Briseño, 2005).

Las alteraciones y disminución de bienestar psicológico en el trabajo son una constante en los profesionales de la salud (García, 2007 y Peiró, 2004).

Tal y como prueban numerosos autores (Aiken, 2002; Aparicio, 2000; Bañeres 2005; Gálvez, 2003; García, 1991; García, 2004; Levi, 2000; Lomeña, 1991; Martínez, 2007; Moreno, 2002; Needleman, 2002; Patrician, 2000; Villaverde, 2000), se hace difícil no contemplar el estrés, burnout, trastornos del sueño, síntomas psicosomáticos y bajo bienestar laboral, como consecuencias psicosociales, al referirnos al personal de enfermería.

Estas aportaciones bibliográficas dan consistencia a nuestros resultados y justifican la existencia de alteraciones psicosociales que se originan en el medio de trabajo, y su influencia en la salud del personal de enfermería hospitalario y en sus niveles de satisfacción laboral. En este estudio comprobamos

que un incremento en satisfacción va asociado a un descenso en las restantes variables psicosociales analizadas y, a su vez, esas variables psicosociales están significativamente relacionadas entre sí.

### **1.3.- Sobre perfiles de salud en las agrupaciones o subgrupos que integran la muestra e implicaciones para la intervención.**

Respecto al análisis de conglomerados, nos ha dado cuatro agrupaciones en la muestra, según las puntuaciones en cada una de las variables psicológicas analizadas.

Tal y como ya expusimos en nuestros resultados, el grupo A es el grupo que menos somnolencia señala. También observamos en él poca satisfacción y bienestar psicológico, y presencia de síntomas psicósomáticos y *burnout*.

Los componentes de la muestra del grupo B son los menos numerosos (n=49) y los que más puntuación presentan en síntomas psicósomáticos y *burnout*, siendo a su vez los que menos satisfacción y bienestar psicológico muestran, por lo que le nombramos como *de alto riesgo*. En somnolencia también destacan de otros grupos, ya que sólo el grupo D es el que les supera en somnolencia.

La agrupación más numerosa de la muestra es la que pertenece al grupo C (n=160) y presenta la mayor puntuación en satisfacción total y bienestar psicológico, menor puntuación en síntomas psicósomáticos y *burnout* y un bajo nivel de somnolencia, por lo que le denominamos en su momento como *grupo normalizado*.

Por último, el grupo D destaca de los demás por ser el que más somnolencia presenta, por lo que le llamamos grupo *somnolencia*.

Encontramos que las agrupaciones se configuran ante determinadas variables sociodemográficas y sociolaborales, como ya expusimos y discutimos con otros autores en la discusión, tras la presentación de los resultados obtenidos.

De este modo podemos ver que es el grupo C el más satisfecho y con mayor bienestar, es el más joven en edad, el que más número de hombres de la muestra incluye, a la vez que se integra por aquellos sujetos que tienen menos antigüedad en el puesto y en la empresa, y son los que menos número presenta de sujetos separados, divorciados o viudos que, como vimos en los resultados, eran los más insatisfechos.

A su vez en este grupo C se encuentra el porcentaje más elevado de aquellos que dicen recibir formación continuada,

realizan turnos de día en el trabajo, no realizan guardias y tienen contratos temporales de trabajo.

El grupo B, o grupo más insatisfecho y con más riesgo de *burnout*, presenta más síntomas psicosomáticos y poco bienestar psicológico, está integrado por el número más elevado de mujeres de la muestra, con los sujetos de mayor edad junto al grupo A, y más años de antigüedad en la empresa y puesto de trabajo, y en su mayoría con un estado civil de separado o divorciado.

También son los que tienen más contratos indefinidos junto con los integrantes del grupo A, presentan más somnolencia que los del grupo C y A, y constituyen el porcentaje más elevado de la muestra que afirma no recibir formación continuada. A su vez entre los hombres que integran este grupo, se encuentran los que realizan horario de noche y guardias.

En el grupo A o grupo denominado *poco satisfecho* por su bajo nivel de satisfacción y bienestar psicológico, se presenta el porcentaje más alto de sujetos con contrato indefinido, al igual que el grupo B, y sigue a este grupo B en la presencia de *burnout* y síntomas psicosomáticos. Respecto a la somnolencia, es el grupo A el que menos somnolencia tiene de todas las agrupaciones.

Por último el grupo D, o grupo *somnolencia* por presentar la puntuación media mayor de esta variable, se caracteriza por un

buen nivel de bienestar y satisfacción laboral, y poca presencia de *burnout* y síntomas psicósomáticos. Respecto al estado civil y tipo de contrato, es en esta agrupación donde se encuentra el porcentaje más elevado de casados y de sujetos con contrato temporal.

Exponemos a continuación las diferencias y similitudes encontradas sobre características sociodemográficas y sociolaborales, con otros autores. Mingote (2003) establece la correlación de estas variables con las consecuencias psicológicas del individuo que darán determinadas respuestas.

Las experiencias vitales generarán efectos diferentes según las características del agente estresor (tipo, duración, intensidad), el sujeto afectado (especie, edad, género, cultura e historia precedente), y la respuesta del estrés (Mingote, 2003).

Garros (2002) aporta que también las vivencias personales pueden alterar las variables psicológicas de los profesionales de enfermería.

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) argumenta, respecto a las alteraciones psicológicas del profesional de enfermería (Wynne, Clarkin & McNieve, 1993), que las causas se centran en factores como los relacionados con el sistema organizacional (turnos, horarios, sistemas de trabajo y jornadas

laborales), la situación del rol familiar que en su mayoría asume la mujer ante la necesidad de conciliar trabajo y familia, y las dificultades e imposibilidad de desarrollo de la carrera profesional por no poder acceder a una formación continuada ante las condiciones laborales.

Con relación al género los hombres utilizan recursos y estrategias para solucionar los problemas, mientras que las mujeres tratan de reducir sus efectos nocivos con estrategias emocionales como la resignación o búsqueda de ayuda emocional (Mingote, 2003). Algo que apoya nuestros resultados ya que los grupos formados mayoritariamente por mujeres presentan más estrés, *burnout* y síntomas psicósomáticos.

Referente al estado civil, este autor (Mingote, 2003) expone que solteros y separados o divorciados tienen más riesgo de padecer estrés, y si es mujer mayor de 45 años y con sobrecarga de trabajo, el riesgo se acentúa. Añade con relación al género, que hay falta de reconocimiento profesional hacia las mujeres, lo que favorece la insatisfacción laboral en éstas. Respecto a la edad entiende que, aunque los problemas psicológicos en el trabajo se dan en los jóvenes, es a mayor edad y con trabajos más complicados cuando estos aumentan.

También Artiaga (1997) sostiene que la baja percepción de autorrealización en el trabajo, baja autoestima, escaso reconocimiento de su rol profesional y las características organizacionales de sus tiempos de trabajo (horarios y turnos), impiden una ordenada vida personal y conciliación entre trabajo y familia, y eleva las posibilidades de padecer alteraciones psicológicas. Algo que hemos visto reflejado en los miembros de la muestra que pertenecían a las agrupaciones con menos satisfacción y bienestar psicológico.

Manzano (1997), en su estudio sobre “El estrés del personal de enfermería”, analiza las características personales y sus diferencias según el sexo, y su relación con el *burnout* existente, y asocia estrechamente la personalidad del sujeto y el riesgo de padecer *burnout* y estrés laboral.

El hecho de que más antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo se corresponda con los niveles más bajos de satisfacción y escaso bienestar psicológico, es otro paralelismo con las aportaciones de autores que denominan el *burnout* como “desgaste psicológico por el trabajo” (García, Sáez y Llor, 2000), “desgaste ocupacional” (López, 1996), “agotamiento profesional” (Belloch, Renovell, Calabuig y Gómez, 2000; Díaz e Hidalgo, 1994), “síndrome de cansancio emocional” (García, Sobrido, García, Raña y Saleta, 1999), o “estrés crónico laboral asistencial” (Manzano,

2001), entre otros. Definiciones que manifiestan las consecuencias del tiempo y duración de una situación no satisfactoria para el trabajador.

Otra definición similar a las anteriores la encontramos en Ryerson y Marks (1982), al conceptuarlo como un “síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional”.

#### **1.4.- Discusión sobre la ratio enfermera – paciente y la repercusión en la seguridad del paciente, como futura línea de investigación**

Tal y como expusimos en la introducción de este estudio, el Modelo Teórico de Comportamiento Organizacional (Quijano, 2008), dentro del Modelo de Auditoría del Sistema Humano (ASH), en el que nos hemos fundamentado para afirmar que existe relación entre consecuencias psicosociales laborales y rendimientos, define la calidad de los recursos humanos como el nivel de presencia de determinados factores propios de la organización laboral, entre los que se encuentran los procesos psicosociales que sufre el sujeto y repercuten en los rendimientos y resultados de su trabajo. Procesos psicológicos que alteran las conductas y comportamientos de los trabajadores.

El estrés es un estímulo necesario para desarrollar la capacidad de adaptación del hombre a su medio (Carmona, 2002). Las reacciones de desadaptación vendrán dadas según la capacidad individual de afrontamiento a ese estrés (López, 1995). Una de las fundamentales víctimas del estrés profesional es el personal de enfermería (Faura, 1993; López, 1995).

Como consecuencia del tipo de organización laboral, el personal de enfermería hospitalaria vive desorden de horarios en la ingesta de alimentos o desorganización en las horas de sueño y descanso motivado por sus turnos de trabajo (Lanzarote, 1995). Situaciones que, como hemos comprobado en los resultados de este trabajo, provocan un efecto negativo sobre la calidad de vida del trabajador y se manifiestan en su rendimiento laboral y calidad asistencial prestada, dando lugar a negligencias y errores, manifestaciones somáticas como cefaleas, dolor en el pecho, náuseas y fatiga (Lanzarote, 1995; Mauleón, 1995), así como ansiedad, nerviosismo, depresión e irritación (Tomás, 2002). Desorden que afecta también a su vida personal y familiar.

Los principales generadores de estrés en el personal de enfermería son la sobrecarga de trabajo y la relación de ayuda en los procesos de muerte y dolor del paciente (Tomás, 2002). Pero existen a su vez otras causas como la falta de información médica, excesiva cumplimentación de registros sanitarios, tipo de horario y

turno de trabajo, aumento de responsabilidades administrativas, temor a equivocarse, escasez de personal, presiones o exigencias de familiares del enfermo y asignación forzosa a los servicios (Escriba, 2000).

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo nos demuestran, tal y como ya hemos expuesto, la relación entre *satisfacción con la supervisión* o responsables de la gestión de recursos humanos, y la presencia de estrés, *burnout*, síntomas psicósomáticos y bienestar laboral en el personal de enfermería hospitalario. Relación que el Modelo ASH (Quijano, 2008) establece al asegurar que la calidad de los recursos humanos y sus resultados estarán condicionados al tipo de gestión de recursos humanos y su desarrollo por parte de los responsables de la organización.

Así mismo Cummings, Hayduk y Estabrooks (2005), en un estudio con una muestra de 6.526 profesionales de enfermería, indican en sus resultados que las enfermeras que adoptaban un estilo de liderazgo basado en competencias fundamentadas en su buen estado psicológico, informaban de menor cansancio emocional y menos síntomas psicósomáticos, de mayor salud emocional, más satisfacción con su trabajo y mayor conocimiento de las necesidades de sus pacientes que las enfermeras que no basaban su estilo de liderazgo en dichas competencias.

Otros autores (Smith, 2005; Zeidner, Matthews y Roberts, 2004) demuestran que, aunque no se han realizado estudios suficientes para asegurar estas afirmaciones, la relación entre ese estado de bienestar del sujeto y su satisfacción y repercusión en la salud física y psicológica del trabajador es una realidad.

Asimismo en el colectivo estudiado hemos observado que el *no alcanzar objetivos y metas en el trabajo* constituye una de las fuentes más importantes de insatisfacción. Esto coincide en la medición que hemos hecho sobre *burnout*, al evidenciarse que el *burnout* aparece cuando *no tiene estímulos para conseguir esos objetivos en su trabajo*. Lo que el citado Modelo (ASH) corrobora al considerar como motivador potencial la importancia de las tareas, y como requisitos para obtener resultados en los rendimientos, la conciencia del sujeto de alcanzar objetivos y obtener resultados.

La sensación de *cansancio extremo* es en nuestros resultados el síntoma psicossomático más acentuado de insatisfacción, que también se corresponde con los resultados del cuestionario sobre *burnout* en las tres dimensiones que mide el instrumento utilizado, donde la media más elevada de presencia de *burnout* se presenta en ítems que aluden al hecho de *estar consumido al final de un día de trabajo, sentir cansancio cuando se levanta por la mañana y manifestar que sólo quiere hacer su trabajo sin ser molestado por*

otros. Todo ello *sin perder interés por su trabajo y manteniendo la capacidad de toma de decisiones.*

Siguiendo con estos paralelismos en los resultados obtenidos, llegamos a la medición de bienestar psicológico, donde también exponen sentir menos bienestar laboral en las diferentes dimensiones que mide el instrumento, el que *no se sienten bien de salud ni en plena forma, en general, le cuesta más tiempo hacer las cosas, y manifiestan, como causa que más problema de bienestar genera, el tener los nervios y el malhumor a flor de piel y el no poder hacer nada por tener los nervios desquiciados.*

También aquí existe una similitud entre el Modelo ASH y nuestros resultados, ya que podemos traducir *le cuesta más tiempo hacer las cosas y no poder hacer nada por tener los nervios desquiciados*, como disminución de rendimiento laboral.

Ante lo expuesto sobre los resultados obtenidos, encontramos el paralelismo con la documentación revisada sobre ratios enfermera-paciente y su repercusión en los niveles de estrés, *burnout* y presencia de síntomas psicosomáticos, absentismo consecuente, insatisfacción laboral y disminución de bienestar, debido al cansancio físico y agotamiento emocional por el exceso de cargas de trabajo ante el desequilibrio de la ratio enfermera-paciente.

Adams (1995) relaciona esta situación con la ineficaz gestión de recursos humanos que ocasiona estrés y *burnout* en el trabajador. Asocia el *burnout* del profesional de enfermería a más morbilidad y mortalidad en el paciente, por la mala o escasa calidad de los cuidados de la salud que recibe.

Dentro del concepto multidimensional de satisfacción laboral, y entendiéndola como resultado de las actitudes específicas relacionadas con diversos aspectos del trabajo y de la organización (Peiró, 1984), se consideran elementos influyentes sobre la satisfacción y rendimientos, los relacionados con emociones, sentimientos, autoestima y sensación de falta de reconocimiento hacia su trabajo, más que las propias características sociodemográficas y sociolaborales del sujeto.

La asociación entre consecuencias psicosociales, bajos rendimientos y absentismo laboral, lo presentan autores como Aronson y Kafry (1981), Cascio y Thacker (1994), Edelwhich y Brodsky (1980), Gil-Monte (2005); Golembiewski (1993) y Perlman y Hartman (1982), entre otros.

Unos exponen la asociación que se establece entre el rendimiento laboral y el estrés, *burnout* y aparición de síntomas psicosomáticos, influyendo en la satisfacción y bienestar del trabajador. Otros añaden como causante de trastornos

psicosociales, la inadecuada ratio enfermera-paciente por la situación de agotamiento y cansancio que se deriva de ello, y las consecuencias en la salud del trabajador y en su rendimiento, traducido como indicador de riesgo para la seguridad del paciente.

Golembiewski (1993) especifica que el agotamiento emocional por exceso de trabajo disminuye la productividad. Al respecto, Aiken (2002) desarrolla en sus estudios el proceso que vive el personal de enfermería ante insuficientes ratios enfermera-paciente, al pasar por fases de estrés, *burnout*, insatisfacción y desmotivación laboral con problemas y síntomas psicosomáticos que afectan a su salud mental y física, afectando a la morbilidad y hasta mortalidad del paciente. La muestra de nuestro estudio es candidata importante a padecer determinadas consecuencias psicosociales en el puesto de trabajo. Añadimos a ello el que, atendiendo a estudios similares citados con anterioridad, sus características sociodemográficas y sociolaborales hacen que el colectivo estudiado sea más vulnerable y, por lo tanto, el riesgo de que se produzcan situaciones adversas para la seguridad del paciente se eleva considerablemente.

## **2.- CONCLUSIONES**

En los resultados de este estudio hemos expuesto la existencia de consecuencias psicosociales en el personal de enfermería hospitalario y su asociación con determinadas variables sociodemográficas y sociolaborales. Para una mejor descripción de lo que presentamos, expondremos de forma pormenorizada las conclusiones, ateniéndonos a la formulación de los objetivos y supuestos de trabajo, para terminar con una conclusión final.

### **2.1.- Respecto a las características sociolaborales y sociodemográficas de la muestra.**

En nuestro primer supuesto de trabajo planteamos las características sociolaborales y sociodemográficas de la muestra y su relación con las variables psicosociales que hemos analizado. Presentamos las siguientes conclusiones:

### **Primera conclusión (variables sociodemográficas).-**

La muestra (n=457) está formada por profesionales de enfermería procedente en su mayoría de 3 hospitales de Murcia capital, (el 71,8%,n=328), y en menor número procedente de 6 hospitales comarcales de la región (28,2%,n=129), está compuesta por más mujeres (71,3%, n=326) que hombres (28,7%, n=131), y con una edad que oscila entre 22 y 63 años y una media de 40,19, estando la mayoría entre 35 y 49 años.

En cuanto al estado civil, el mayor número de la muestra (64,4%) están casados o con pareja de hecho, de los que son mayoría hombres (79,4%), y por el contrario superan las mujeres a los hombres en el estado civil de separados o divorciados (12,7% mujeres y 4,6% hombres) y en solteros (23,5% mujeres y 16% hombres). Sólo en el estado de viudo el hombre supera a la mujer, aunque no es significativo ante los pocos casos que se presentan (10,3% en el total de la muestra).

### **Segunda conclusión (variables sociolaborales).-**

Respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo, este es en los hombres superior a las mujeres. No ocurre lo mismo con los años de antigüedad en la empresa, donde

observamos más antigüedad en las mujeres, y es también en mujeres donde encontramos el dato de más de 35 años de antigüedad. Se produce por lo tanto más antigüedad en la empresa en mujeres y más antigüedad en el puesto de trabajo en los hombres.

El tipo de contrato más numeroso es el indefinido (83,6%), y lo tienen más hombres (89,1%) que mujeres (81,4%). Por el contrario son más las mujeres que tienen un tipo de contrato temporal (12,1% mujeres y 9,2% hombres) y están haciendo sustituciones de trabajo (6,6% mujeres y 1,7% hombres).

En cuanto al tipo de horario, turno de trabajo y tipo de jornada, es bastante homogéneo el resultado respecto al género. Sólo cabe destacar que el mayor número de la muestra hace turnos rodados, continuos y en horario de día, siendo más mujeres las que trabajan en turno rodado y diurno, y más hombres (7,6%) que mujeres (2,2%) los que trabajan en turno de noches y hacen guardias como jornada de trabajo (36% hombres y 35,1% mujeres)

Sí cabe destacar la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al acceso a las actividades de formación. Nuestra conclusión presenta que, aunque la mayoría de la muestra

recibe formación continuada (66,3%), se da con diferencia más en hombres (73%) que en mujeres (63%), al igual que el acceso a cursos de formación continuada (64,8% en hombres y 55,8% en mujeres), asistencia a congresos (42% hombres y 29,8% mujeres), sesiones de actualización (35,9% hombres y 20,6% mujeres), o asistencia a sesiones clínicas o jornadas de formación (22,9% hombres y 15,6% mujeres).

El absentismo por enfermedad de los participantes de la muestra en los últimos 12 meses anteriores a la recogida de datos es reducido (27,9%), y es más elevado en mujeres (29,4%) que en hombres (24%), siendo las causas principales las bajas maternales, problemas de columna, jaquecas, gripe y procesos digestivos.

**2.2.- Respecto a la descripción de las características psicológicas de la muestra, correlación que se establece entre ellas y asociación con el resto de variables, presentamos en nuestras conclusiones:**

**Tercera conclusión.-** Todas las variables psicosociales presentan diferencia estadísticamente significativa entre sí ( $P < 0,05$ ).

En cuanto a la variable “satisfacción laboral”, un 53,1% de la muestra se encuentran *satisfechos*. Atendiendo a las dimensiones

valoradas en la herramienta utilizada (satisfacción con la supervisión, con el ambiente y con las prestaciones percibidas), el primer indicador de satisfacción lo marca la satisfacción con la supervisión con una media de 4,89 sobre un total de 7 puntos, afirmando encontrarse *satisfechos con la supervisión* un 67,8% de los encuestados.

La muestra presenta la máxima satisfacción al referirse a las *relaciones personales con sus superiores*, y la menor satisfacción la manifiesta con relación al *trato de igualdad y justicia que recibe en su empresa*.

Manifiestan a su vez, respecto a la satisfacción con el ambiente, estar satisfechos *al obtener los objetivos y metas de producción que deben alcanzar* y presentan insatisfacción al *no tener el entorno físico adecuado y espacio necesario en su lugar de trabajo*. Un 32,1% está insatisfecho con el medio de trabajo.

Es el *cumplimiento de convenios y leyes*, respecto a satisfacción con las prestaciones, lo que mayor puntuación presenta, y es *el tipo de negociaciones de la empresa para beneficiar los aspectos laborales*, lo que menos puntuación obtiene en satisfacción.

Los componentes de la muestra están satisfechos de forma general, al valorar la satisfacción total, en un 53,1%. La

satisfacción total presenta una puntuación media de 4,5 sobre un total de 7 puntos que nos indicaría excelente satisfacción. Puntuación que sólo alcanza 1 persona.

Analizando todos los resultados de los ítems del instrumento utilizado en la medida de satisfacción laboral (Meliá y Peiró, 1989), llegamos a la conclusión de que los participantes de la muestra necesitan un reconocimiento de su rol, así como hacia su trabajo y resultados, y tener el apoyo de sus superiores y mantener buenas relaciones humanas con ellos.

Valoran lo que rodea su trabajo (medio y ambiente físico), antes y después de realizarlo. Necesitan relación de ayuda para poder ayudar a otros y reciprocidad entre el trabajo que realizan y lo que reciben a cambio. Les preocupa el equilibrio entre el entorno de trabajo, el sujeto y el agente estresor. Se observa como causantes de insatisfacción el exceso de carga de trabajo, el poco reconocimiento a su actividad y la dificultad que tienen para el acceso a la formación continuada debido al sistema organizacional (turnos, horarios, jornadas).

El porcentaje más elevado de la muestra que manifiesta más satisfacción está compuesto por mujeres, a pesar de tener contratos de sustitución, inestabilidad en el puesto de trabajo (aunque tienen más antigüedad en la empresa que los hombres),

con menor posibilidad de acceso a la formación continuada, y con una situación familiar, entendemos que difícil, al estar el porcentaje más elevado en situación de estado civil separada o divorciada, por lo que puede resultar más problemático alcanzar la conciliación laboral y familiar ante el exceso de carga de trabajo y sistema de turnos y horarios laborales.

Se manifiesta satisfacción ante el alcance de objetivos y metas laborales previstas. Ello nos lleva a la conclusión de estar hablando de sujetos motivados por el trabajo.

Existe más satisfacción con *el ambiente* en el hombre, y más satisfacción con *las prestaciones de la empresa* en la mujer. De igual modo se manifiesta más satisfacción entre solteros, entre 22 y 25 años de edad, con menos de 5 años de antigüedad en la empresa y puesto de trabajo, con turnos fijos en horario diurno, sin realizar guardias y accediendo a formación continuada y con un contrato temporal.

Los más insatisfechos son separados o divorciados, entre 30 y 35 años de edad, con más de 10 años de antigüedad en la empresa y más de 30 en el puesto de trabajo, hacen guardias y tienen turnos rodados de día y noche, que les impide acceder a una formación continuada y tienen un contrato de sustituciones. Existe diferencia significativa ( $P < 0,05$ ) en satisfacción, con los

turnos, los tipos de jornada de trabajo, el no acceder a una formación continuada y en los años de antigüedad en el puesto de trabajo.

**Cuarta conclusión.-** Respecto a insomnio y trastornos del sueño, la muestra presenta una puntuación media de 6,55 sobre 7, que se traduce como *ligera somnolencia* según la escala del instrumento utilizado, por lo que no es una población que presente problemas de insomnio o trastornos del sueño con los consecuentes problemas de salud. Sólo un sujeto de la muestra ha resultado con *grave somnolencia* con una puntuación de 23 sobre un total de 24 puntos, y un 57% presenta ausencia de somnolencia.

Aunque encontramos que se acentúa el nivel de somnolencia con los turnos de noche, turnos rodados (mañana, tarde y noche) y con la realización de guardias, en nuestra muestra la nocturnidad, turnicidad, guardias, sistemas de horario y jornadas de trabajo no generan problemas en sus ritmos biológicos de sueño-descanso, con el consecuente estrés, burnout y sintomatologías psicósomáticas que, como ya expusimos en la discusión, encontrábamos en estudios efectuados con otra muestra.

El hecho de que una turnicidad y rotación horaria no presente problemas en los ritmos biológicos de sueño – descanso

de los profesionales de enfermería en este trabajo, se debe a los sistemas establecidos en los centros sanitarios estudiados, donde los turnos de noche fijos son solicitados por el trabajador, y no impuestos. También se debe a la buena relación que manifiestan tener con sus superiores directos, lo que permite la adecuación de horarios y turnos de trabajo a determinadas necesidades del trabajador. También manifiestan más somnolencia aquellos que tienen contrato de trabajo temporal y superan los 50 años de edad y tienen más de 10 años de antigüedad en la empresa.

**Quinta conclusión.-** Sobre la presencia de síntomas psicosomáticos en la muestra, encontramos una puntuación media de 29,3 sobre un máximo de 72 puntos, por lo que podemos afirmar que disfruta de moderada salud con relación a la presencia de síntomas psicosomáticos, ya que un 42,2% los ha padecido alguna vez o frecuentemente, frente al 55,6% que no presenta síntomas psicosomáticos nunca o casi nunca.

El problema detectado más elevado en cuanto a frecuencia y puntuación es *la sensación de cansancio extremo o agotamiento*, seguido de *jaquecas y dolor de cabeza e indigestiones y molestias gastrointestinales*.

Volvemos a encontrarnos con síntomas relacionados con exceso de carga de trabajo, provocando problemas de salud que

coinciden con algunas de las patologías que sufren estos sujetos, motivando bajas en los últimos 12 meses anteriores a la recogida de datos (jaquecas, problemas digestivos).

También se asocia ese *cansancio extremo o agotamiento* a los estresores que provocaban insatisfacción en los participantes de la muestra, relacionados con las variables sociolaborales y sociodemográficas, al expresar insatisfacción por la dificultad de mantener una conciliación entre la vida laboral y personal y no poder acceder a otras actividades de formación continuada.

Los síntomas psicósomáticos se presentan más en mujeres ( $P < 0,05$ ), entre los 30 y 35 años, en estado civil separado o divorciado, con un contrato de sustituciones, entre 10 y 15 años de antigüedad en la empresa ( $P < 0,05$ ), con turnos rodados en horario diurno (mañana y tarde) y realizando guardias y entre los que no acceden a una formación continuada.

**Sexta conclusión.-** En cuanto a la presencia de *burnout* en los componentes de la muestra, el 34,2% lo ha sufrido alguna vez, un 47,9% lo ha padecido de forma regular y un 13,3% bastantes veces.

Coincide con el ítem de síntomas psicósomáticos más presente y con más puntuación de insatisfacción en la muestra, el ítem que alude a *estoy consumido al final de un día de trabajo*,

traducido en predictor del síndrome de *burnout*, siendo además el que más carga factorial muestra en el análisis factorial realizado correspondiente a la dimensión “agotamiento emocional”.

En la dimensión “eficacia profesional” lo que más *burnout* presenta es *me estimula conseguir objetivos en el puesto de trabajo, y he conseguido muchas cosas valiosas en el puesto*, ya que un 28,7% nunca ha sentido esos estímulos.

Respecto a la dimensión “agotamiento emocional” manifiestan encontrarse *consumidos al final del día y cansados al iniciar la jornada de trabajo* un 37,7% de la muestra, volviendo a aparecer el agotamiento físico y emocional como principal característica a considerar ante presencia de *burnout* y, paradójicamente, vuelve a manifestarse una población motivada ya que expresan el menor índice de predicción de *burnout* en la respuesta al ítem *trabajar todo el día es una tensión para mí*.

La dimensión “cinismo” pone de manifiesto que *quieren simplemente realizar su trabajo sin ser molestados y mantienen el interés por su trabajo desde que están en el puesto*.

En la escala utilizada la puntuación de MBI total nos muestra 1,80 sobre 6 de puntuación máxima, por lo que no hay una elevada presencia de *burnout* con relación a otros estudios sobre profesionales de enfermería, pero sí una presencia de

evidente cansancio físico y emocional, sin entusiasmo por alcanzar objetivos en el trabajo, y al mismo tiempo con la percepción de haber conseguido cosas valiosas y demandando poder hacer su trabajo sin intromisiones.

El cansancio emocional y físico es lo que más insatisfacción genera, así como la percepción que tiene el trabajador sobre el no reconocimiento a su rol profesional por parte de otros.

Volvemos a encontrar, por lo tanto, un desequilibrio entre lo que perciben que deberían recibir y lo que reciben en realidad, relacionado con reconocimiento a su actividad y equilibrio entre carga de trabajo y capacidad física y emocional para desempeñarla.

Se evidencia más *burnout* en mujeres, entre los 30 y 35 años de edad y en estado civil separado o divorciado y con contrato indefinido de trabajo, con más de 20 años de antigüedad en un puesto de trabajo y entre 10 y 15 en la empresa. A su vez es más alta la puntuación en aquellos que tienen turnos rodados de día y noche y realizan guardias que les dificulta el acceso a una formación continuada, siendo la realización de guardias y el no acceso a su formación las variables que presentan significación ( $P < 0,05$ ).

Son los turnos de noche fijos, los contratos temporales, la corta antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo (de 1 a 5

años), el no realizar guardias y el poder acceder a una formación continuada, lo que menos riesgo de burnout presenta.

**Séptima conclusión.-** En la variable “bienestar psicológico” y sus cuatro dimensiones encontramos que los sujetos de la muestra *no se sienten bien de salud y en plena forma*, en la dimensión “síntomas somáticos”. Manifiestan *tener los nervios a flor de piel y malhumorados*, como característica fundamental de poco bienestar en la dimensión de “angustia e insomnio”, y *les cuesta más tiempo hacer las cosas*, referido a la dimensión “disfunción social” y *a veces no poder hacer nada por tener los nervios desquiciados*, en la dimensión de depresión grave.

Dicen tener problemas de *síntomas somáticos* un 74,7% , de *angustia e insomnio* un 69,3%, problemas de bienestar en cuanto a la dimensión *disfunción social* un 95,6% y, por el contrario, sólo un 15,75 tiene problemas de bienestar en la dimensión *depresión grave*.

Ante esto observamos que la presencia de menor bienestar se muestra en la dimensión “síntomas somáticos” y “disfunción social”, coincidiendo con los resultados en las otras variables, en lo concerniente a *no sentirse bien de salud en general y no poder hacer bien las cosas por el estado de nervios en el que se encuentran*.

Es en esta variable donde más podemos relacionar las consecuencias psicosociales con los rendimientos del trabajador. Situación que nos lleva a afirmar uno de los supuestos de trabajo planteados sobre el análisis de las características psicológicas del sujeto, desde la gestión de recursos humanos, y su relación con la seguridad del paciente al comprobar que disminuye su rendimiento, aparece sintomatología de enfermedad, afloran los nervios y manifiestan no poder realizar ni en calidad, ni en cantidad, el trabajo requerido.

El máximo bienestar se presenta entre los solteros, hombres en su mayoría ( $P < 0.05$ ), con 22-25 años de edad y con 20-25 años de antigüedad en el puesto de trabajo y con menos de 5 años en la empresa, con turnos de noche, no realizan guardias, acceden a formación continuada y tienen un contrato de sustituciones.

La peor situación de bienestar se presenta entre 30 y 35 años de edad, mayoritariamente en mujeres, en estado civil separado o divorciado, con contrato indefinido y turnos de día y noche rodados, y con 35-40 años de antigüedad en un puesto de trabajo y con más de 30 años en la empresa.

**2.3- Referidas a los perfiles de salud en las agrupaciones que integran la muestra.**

Pasamos a exponer las conclusiones del estudio, tras la identificación de las agrupaciones y subconjuntos homogéneos existentes en la muestra según las características psicológicas de los participantes, y su relación con las características sociodemográficas y sociolaborales de la muestra total.

**Octava conclusión.-** En el total de la muestra hemos encontrado cuatro agrupaciones homogéneas en sus características psicológicas.

Hay un grupo más elevado en número de participantes (n=160) con relación a los demás, y otro con el número más reducido de todos (n=49). Entre uno y otro se encuentran dos agrupaciones formadas por 42 y 93 personas respectivamente.

El perfil del grupo más numeroso, con 160 personas, presenta el nivel más alto de satisfacción laboral y bienestar psicológico, la menor presencia de *burnout* y síntomas psicossomáticos de la muestra, y una baja somnolencia, por lo que les llamamos en su momento *grupo normalizado*.

Este grupo está formado mayoritariamente por solteros, hombres, individuos que no realizan guardias, trabajan con

turnicidad diurna en turnos continuados de trabajo y es el grupo que, en segundo lugar, presenta más contratos de trabajo temporal, tiene menos antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa, y son los más jóvenes de la muestra. A su vez es el grupo que más satisfacción y bienestar presenta con relación a la formación continuada recibida, ya que tiene acceso a las diferentes formas que, para recibirla, se exponen en el cuestionario.

A diferencia de este grupo descrito, tenemos el de menor número de participantes, que en su perfil es el más insatisfecho y con más presencia de síntomas psicosomáticos, *burnout* y nivel más bajo de bienestar psicológico de la muestra, por lo que lo denominamos *grupo de alto riesgo*. A ello se añade el que está compuesto por mujeres en su mayor porcentaje, separadas o divorciadas en su mayoría, y en este grupo se encuentra el menor porcentaje con estado civil soltero.

Esta agrupación que denominamos de *alto riesgo*, contiene el grupo mayor de personas que realizan guardias y turno de noches, tienen contrato indefinido y no tienen acceso a formación continuada en su mayoría.

Los dos grupos restantes se caracterizan por presentar, uno de ellos (n= 93) poca satisfacción y poco bienestar psicológico,

relativo *burnout* y síntomas psicosomáticos, así como menos somnolencia que los demás.

Entendemos que esta escasa satisfacción y poco bienestar se debe a que en esta agrupación se encuentran los mayores en edad y con más antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa, el número más elevado de contratos indefinidos, con jornada de trabajo partida y no acceso a formación. Situaciones todas ellas predictoras de insatisfacción y bajo nivel de bienestar, tal y como vimos en los resultados de estas variables, por lo que le dimos el calificativo de grupo *poco satisfecho*.

El último grupo que nos corresponde describir disfruta de buenos niveles de satisfacción y bienestar psicológico, poca sintomatología psicosomática y poca posibilidad de padecer *burnout*. Está formado en su mayor parte por casados o parejas de hecho y con bajo porcentaje de separados o divorciados. Es el más joven en edad y el de menor antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo y la mayoría tiene un contrato temporal. Características positivas para elevar la satisfacción y bienestar psicológico. Como característica negativa encontramos en este grupo que es el que presenta los más altos niveles de somnolencia de la muestra, por lo que lo llamamos *grupo somnolencia*.

**2.4.- Conclusiones finales.-** Tras todo lo expuesto podemos finalizar nuestras conclusiones afirmando que el perfil de la muestra nos presenta a un colectivo formado mayoritariamente por mujeres con una edad media de 40 años.

Un elevado porcentaje de la muestra no presenta alto riesgo de problemas psicológicos en el trabajo, pero es manifiesta la presencia de cansancio emocional y físico hasta llegar al agotamiento extremo, considerado como indicador subjetivo de rendimiento desde la gestión de recursos humanos, por los consecuentes síntomas psicósomáticos y problemas de salud que disminuyen su satisfacción y bienestar psicológico, a la vez que sus rendimientos en el desarrollo de sus funciones.

El nivel de interés por el trabajo es alto, y dicen sentirse satisfechos por alcanzar cosas valiosas en su puesto de trabajo, a pesar de la percepción que tienen de que existe un trato injusto respecto a lo que rinden en su trabajo, física y emocionalmente, y hay poco reconocimiento hacia el rol que desempeñan. Es por estas causas por las que aparecen los nervios que afirman tener a flor de piel y les impiden desempeñar bien su función. Todo ello relacionado con el reconocimiento profesional al que aludíamos anteriormente, y con la dificultad para acceder a una formación continuada.

Por todo esto no están motivados a la hora de conseguir nuevos objetivos y sólo desean que les dejen trabajar sin intromisiones. Sus relaciones con inmediatos superiores son satisfactorias y las características del medio y espacios de trabajo son importantes para ellos.

A diferencia de otros colectivos de enfermería, no presentan especial problema los turnos de trabajo, horarios y jornada laboral en su ritmo de sueño, aunque es evidente la diferencia que existe en el grado de somnolencia cuando realizan horarios y turnos diurnos con un orden de rotación entre mañana y tarde y noche, a cuando se hacen guardias y noches de forma obligada.

Otro dato a resaltar sería la correlación entre menos satisfacción y bienestar laboral con más edad y más años de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, siendo paradójicamente la mujer la que mantiene más antigüedad en la empresa, pero es el hombre el que se mantiene más años en un mismo puesto de trabajo. Situación que, en el caso de la mujer, también incide en su bienestar laboral negativamente.

Existe una diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ) entre la antigüedad en el puesto de trabajo y presencia de satisfacción, y entre la antigüedad en la empresa y presencia de síntomas psicósomáticos

También hemos encontrado, a diferencia de otros estudios, que la estabilidad que ofrece supuestamente un contrato indefinido no es causa de satisfacción laboral, ya que entre los componentes de la muestra los que más satisfacción laboral manifiesta son aquellos con contrato de sustituciones, mientras que un contrato que da estabilidad como es el contrato indefinido, provoca más *burnout* y disminuye el bienestar psicológico general del individuo.

Como últimas consideraciones, y tras la revisión bibliográfica realizada sobre ratios enfermera paciente y consecuencias psicológicas del trabajador, podemos afirmar con más datos y evidencias documentales, que existe una relación entre el desequilibrio de la ratio enfermera paciente y la presencia de problemas psicológicos en el personal de enfermería hospitalaria, y que ello repercute en el rendimiento laboral.

Son muchos los estudios que sobre esta relación se han llevado a cabo, tal y como reflejamos en el desarrollo de nuestro trabajo, pero aún no se ha considerado ni estudiado en profundidad, que la presencia de predictores de *burnout*, estrés, síntomas psicósomáticos y disminución de bienestar psicológico en el trabajo, puedan ser indicadores de seguridad del paciente y no sólo indicadores subjetivos de rendimiento desde la gestión de recursos humanos.

Los desequilibrios o alteraciones psicológicas que sufre el personal de enfermería pueden derivar en bajos rendimientos y disminuir la calidad asistencial en la administración de cuidados de salud. Se hace preciso el contemplar, como oportunidad de mejora desde la gestión de recursos humanos, analizar e identificar aquellos factores que al relacionarse con determinadas variables sociolaborales y sociodemográficas del sujeto, les provocan consecuencias psicosociales que repercuten en los cuidados de salud que presta al paciente. Por todo lo expuesto, dejamos abierto un campo de estudio que investigue hasta dónde llegan y en qué medida afectan a la seguridad del paciente los procesos psicológicos que el profesional de enfermería puede sufrir como consecuencia de su actividad laboral.



## **V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences, and moderators. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124(2), 229-246.

Adams, A. (1992). *Bullying at work: How to confront and overcome it*. Londres: Virago Press.

Adams, A.; Bond, S.; Arber, S. (1995) Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud*. 32:612-27.

Agervold, M., y Mikkelsen, E.G. (2004). Relationships between, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work and stress*, 18(4), 336-351.

Agulló, E. (2001). Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos y los otros trabajadores. En Agullo, E. Y Ovejero, A. *Trabajo, individuo y sociedad* (pp.95-144) Madrid: Pirámide.

Agut, S.; García Izquierdo, M.; Sáez, M.C. y Llor, B. (2004). The relationship between mobbing and burnout, and psychological well-being: the role of self-efficacy. Trabajo presentado en el V Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Benidorm (Alicante).

Aiken, LH; Smith HL y Lake ET. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care. *Medical care*, 32, (28): 771-787.

Aiken LH, Mullin M. (1995) Hospital con Magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica*; 5 (6): 35-38.

Aiken LH, Patrician PA. (2000) Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49 (3): 146-153.

Aiken, LH; Clarke, SP; Sloane, DM. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal of Quality Health Care*, 14 (1): 5-13.

Aiken, LH; Clarke, SP; Sloane, DM; Sochalski, J; Silber, JH. (2002a) Plantilla de enfermeras y mortalidad de pacientes, burnout de enfermería e insatisfacción laboral. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 28(16):1987-1993.

Albanesi de Nasetta, S. (2004) “La enfermería como profesión de riesgo”. *Vertex*, diciembre 2003-febrero 2004; 14(54): 280-5. Buenos Aires.

Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.

Antón Nardiz, M.V. (1998). *Las enfermeras entre el desafío y la rutina*. Madrid. Díaz de Santos.

Antonovsky, A. (1994). The sense of coherence: An historical and future perspective. En I McCubbin, A. Thompson, I. Thompson y E. Fromer (Eds.), *Sense of Coherence and Resilency: Stress, Coping, and Health*. University of Wisconsin, pp.3-20.

APA (1995). DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.

Aparicio, JC. (2000). El estrés relacionado con el trabajo: un problema creciente. Trabajando contra el estrés. *Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo*, Luxemburgo: Comisión Europea, 14-15.

Arón, A. y Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 447-466.

Arranz, P.; Torres, J.; Cancio, H. y Hernández, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 302-311.

Artiaga Rúa, A. (1997). La enfermera ante el síndrome de *burnout*: Estudio comparativo Atención Primaria-Atención Especializada. *Catálogo de tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud*. Madrid. Escuela Nacional de Sanidad.

Aycan, Z. Y Kanungo, R.N. (2001). Cross-cultural Industrial and Organizational Psychology: A critical appraisal of the field and future directions. En N. Anderson. D.S. Ones, H.K. Sinangil y C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology*. Vol. 1: 385-408. Londres: Sage.

Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: *Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

Bañeres, J. Cavero, E. López, L. Orrego, C. Suñol, R. (2005). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Belloch, S.L.; Renovell, V.; Calabuig, J.R. y Gómez, L. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna*, 17(3), 118-122.

Benevides - Pereira, AM. (2002). Burnout: O proceso de adoecer pelo trábalo. En AM. Benevides-Pereira. *Burnout: Quando o trábalo ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp.21—91). Sao Paulo: Casa do psicólogo.

Berrios Martos, M. P.; Augusto Landa, JM., Aguilar Luzón, MC. (2006) Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Rev.Index Enferm* v.15 n.54.

Betanzos, O. (1997).El <<spanglis>> y sus accidentes. *Apuntes*, 5(2), primavera. En: <http://www.elcastellano.org/spangl.html> . (Consultado:18 dic. 2008)

Bischoff, A.; Tonnerre, C.; Loutan, L. y Stalder, H. (1999). Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial und Präventivmedizin*, 44 (6), 283-287.

Boada, J., de Diego, R., y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.

Bonafonte, M. (2005). Psychosocial risks for work related stress. *Revista electrónica*, [www.preencionintegral.com](http://www.preencionintegral.com) (Consultado:20 nov.2008)

Borrachina I, Caballer V, Vivas D. (2002) Clasificación de usuarios en centros para mayores y un modelo de financiación de acuerdo con dependencia. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud* ; 3:130-144.

Bravo, M. J.; Salanova, M.; Ripoll, P.; Hernández, E.; Zornoza, A. (1994). Conflicto y ambigüedad de rol laboral. En F. Prieto et. al. (Dir.): *Los jóvenes ante el ambiente laboral y las estrategias de adaptación*. Valencia: Nau Llibres.

Bravo, M. J.; Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En J. M. Peiró y F. Prieto (Dirs). *Tratado de Psicología del Trabajo* (Vol.1). La actividad laboral en su contexto (pp.344-393). Madrid: Síntesis.

Briseño Carlos Edmundo et.al. (2005) Satisfacción laboral en el personal de enfermería del Sector Público, *Revista Electrónica de Medicina Intensiva, Art especial*. Abril, 30, (5), 4.

Brodsky, C.M. (1976). *The harassed worker*. Toronto: Lexington Books

.Brotheridge, C.M. y Grandey, A.A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of people work. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17-39.

Brouwers, C.M. y Tomic, W. (2002). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.

Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.

Burke, R.J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group and Organization Studies*, 12, 174-188.

Büssing, A. (1992). A dynamic view of job satisfaction in psychiatric nurses in Germany. *Work and Stress*, 6, 239-259.

Buunk, B.P. y Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.

Byrne, B.M. (1992). The Maslach Burnout Inventory: Validating factorial structure and invariance across intermediate, secondary, and university educators. *Multivariate Behavioral Research*, 26(4), 583-605.

Cabezas, C. (1998) Síndrome del desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *FMC*, 5:491-2.

Campos Aranda, M. et al. (2002). Demandas ante un proceso de muerte. *Rev. Electrónica Enfermería Global*, (<http://www.um.es/eglobal>) 1, 22-25. (Consultado 20 junio 2009)

Carmona Monje F. J.; Sanz Rodríguez L. J.; Marín Morales D. (2002) Relaciones entre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería. Factores Sociodemográficos y Reactividad al Estrés. *Rev.Enfer Científ.* Enero- Febrero , 238- 239.

Cartwright, L. (1978) Occupational stress in women Physicians. En: Payne RL, Firth-Cozens (eds). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley.

Casas, J. et al. (2002) Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Rev. Admin. Sanitaria*. VI:527-44.

Cascio, W.F. y Thacker, J.W. (1994). *Managing human resources*. Canadá: McGraw-Hill Ryerson.

Cherniss, C. (1980) *Staff Burnout. Job Stress in the human services*. New York, Sage Publications.

Climent G, Mendes Diz A. (1983) Modelo para la definición y evaluación de la calidad del personal de enfermería. *Medicina y Sociedad*; 6 (6).

Comisión Europea (2000). *Guía sobre el estrés relacionada con el trabajo- ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo.

Cooper, C.L.; Sloan, S. y Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management guide*. Windsor, Englan National Foundation for Educational Research.

Cruz, V. y Vargas, J. (2006). *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.

Cummings G, Hayduk L y Estabrooks C (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: The responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 54 (1): 2-12.

Curiel García, J.A.; Rodríguez Moran, M.; Guerrero Romero, F.; (2006). “Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Mayo-Junio; 44(3):22-6. México.

Da Silva, MA., Braga Marques, M., Da Silva Bruno, C T. (2009). Evaluación de la presencia del síndrome de Burnout en cuidadores de ancianos. *Revista Enfermería Global*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, junio, nº 16. En <http://www.um.es/eglobal>

(Consultado: 20 de junio de 2009)

Davenport, N.; Distler, R. y Pursell, G. (1999). *Mobbing Emotional abuse in the american workplace*. USA: Civil Society publishing.

Dawis, R.V.; England, G.W. y Lofquist, L.H. (1964). *A theory of work adjustment*. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, XV

Densten, I.L. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 833-847.

Dewe, PJ. (1987) Identifying the causes of nurses stress<. A survey of New Zealand nurses. *Work & stress*; 1(1):15-24.

Díaz, R. (2002) Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial*, 17:22-9.

Díaz, R.J. e Hidalgo, I. (1994). El síndrome de burn-out en los médicos del Sistema Sanitario Público de un Área de Salud. *Revista Clínica Española*, 194, 670-676.

Donnerstein, E. y Hatfield, E. (1982). Aggression and inequity. En J. Greenberg y R.L. Cohen (Eds). *Equity and justice in social behavior* (pp. 309-336). New York: Academy Press.

Doland, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.

Deckard, G.; Meterko, M.; y Field, D. (1994). Physician burnout: An examination of personal, professional and organizational relationship. *Medical Care*, 32(7), 745-754.

Conrad, KM.; Conrad, KJ. Parker, JE. (1985). Job satisfaction among occupational health nurses. *J Community Health Nurs*. 161-73.

Cuevas Muñoz, P.; O'Ferrall González, F.C.; Crespo Benítez, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeras de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*; 194-195:31-33.

Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Science Press. pp.14.

Edwards, J.R. y Cooper, C.L. (1988). The impact of positive psychological states on physical health: a review and theoretical framework. *Social Science Medicine*, 27, 12, 1447-1459.

Einarsen, S. y Skogstad, A. (1996). Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 185-201.

Einarsen, S. y Raksen, B.I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.

Einarsen, S., Matthiesen, S., y Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health Safety*, 14(6), 563-568.

Einarsen, S. Y Mikkelsen, E.G. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. En S. Einarse; H. Hoel; D. Zapf y C.L. Coopers (Eds) (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspective in research and practice*. Londres: Taylor and Francis.

Einsiedel, A. y Tully, H. (1982). Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. En J.W. Jones. (Ed), *the burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp.89-106). Park Ridge, Illinois: London House Press.

Engel, GL. (1962). *Psychological development in health and disease*. Philadelphia: Saunders.

Escriba Aguir,V.; Mas Pons,R.; Cárdenas Echegaray,M.; Bueguete Ramos,Dom; Fernández Sánchez,R. (2000). “Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria”. *Revista de Enfermería*. Julio-Agosto; 23(7-8).506-11. Barcelona.

Escriba Aguir, V.; Mas Pons, R.; Flores Reus, E.; (2001) “Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario”. *Gaceta Sanitaria*. Marzo-Abril; 15(2):142-9. Madrid.

Estryn-Bèhar M. (1996) Ergonomía y salud en el trabajo (III). El caso de las profesiones sanitarias. *Rev ROL Enferm*; 218: 57-62.

Etzion, D. (1987) *Burnout: The hidden agenda of human distress*. Tel-Aviv: University Faculty of Management.

Etzion, D.; Eden, D y Lapidot, Y. (1998). Relief from job stressors and burnout: Reserve service as a respite. *Journal of Applied Psychology*, 83(4), 577-585.

Evers, W.J.; Brouwers, A.; Tomic, W. (2002). Burnout and self-efficacy: A study on teachers beliefs when implementing and innovative educational system in the Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 227-243.

Farber, B.A. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (1985, 2ª ed., pp.1-20) New York: Pergamon Press. Fischer.

Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77, 6 325-331.

Faura i Vendrell. (1993) Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. *Rev ROL de Enferm.* Núm. 116.

Faura, T.; Aiken, LH. (2002). "Validation of Measure Assess the Hospital Clinical Nurse Practice Environment: Across National Pilot Study". *Enfermería Clínica*, 12:13-22.

Fayol, H. (1974). *Administración General e Industrial*. Buenos Aires: Ateneo.

Ferreiros Espinosa, RL (1974). Patología de la turnicidad. *Gaceta Médica de Bilbao*. Vol.24 (4):3:42.

Fidalgo, A.M. y Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16, 615-624.

Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En B.A. Farber (Ed.) *Stress and burnout in the human service professions* (1985, 2ª ed., pp.40-45) New York: Pergamon Press. Fischer.

Fiske, S.T. y Taylor, S.T. (1984). *Social cognition*. Londres: Addison-Wesley.

Fornés Vives, J. (1990). Implicaciones del estrés en la salud. *Rev. Rol Enfermería*, 139, pp. 77-80.

Fornés Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Rev. Rol Enfermería*, 186, pp.31-39.

Fornés, J. (2002). *Cuestionario sobre Hostigamiento Psicológico en el Trabajo (HPT)*. Manuscrito no publicado.

Fornés, J. (2003). Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. *Psiquiatría.com*, 7 (3).

Fornés Vives, J. González, R.; Almendros, L.; Crespí, M. y Gallego, G.L. (1991). Estrés y estilos atributivos en personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos (UCI). *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 3 (1), pp. 193.

Fornés Vives, J. González, R.; Almendros, L.; Crespí, M.; Gallego, G.L. (1992). Respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional. *Rev. Enfermería Intensiva*, 3 (1), pp. 8-13.

Fornés Vives, J.; Crespí, M.; Servera, S.; Barcelo, M.; Gallego, G.L. y Gutierrez, A. (1993). Factores causales y emocionales relacionados con el estrés laboral del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos. *Rev. Enfermería Intensiva* 1, pp. 232.

Fornés Vives, J.; Ponsell Vecens, E.; Guasp Sitjar, E. (2001) Ansiedad y estrés en enfermería. *Rev. Rol Enfermería*; 24/1:51-56.

Fornés, J.; García de la Banda, G.; Martínez-Abascal, M.A.; Reinés, J.; Pérez, S. (2004) Hostigamiento psicológico en enfermería. Análisis factorial del cuestionario HPT. *Poster presentado al VIII Encuentro de Investigación en Enfermería*. Sevilla.

Fornés, J., Reynés, J. y Sureda, C. (2004a). Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería. Un estudio piloto. *Rol de Enfermería*, 27, 568-576.

Ford, D.L.; Murphy, C.J. y Edwards, K.L. (1983) Exploratory development and validation of a perceptual job burnout inventory: Comparison of corporate sector and human services professional. *Psychological Reports*, 52, 995-1006.

French, J.R.P. y Kahn, R.L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 3, 1-47.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal os Social Issues*.

Freudenberger, H.J. (1974a) Staff Burnout. *Journal os Social Issues*; 30:159-165.

Freudenberger, H.J. (1975) The staff- burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Recheart and Practice*, 12, 73-83.

Freudenberger, H.J.; y Richelson, G. (1980). *Burnout: the high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.

Friedman, H.S. (1990). *Personality and disease*. Nueva York: Wiley.

Fuertes, J.C. et. al. (1997). Estrés laboral (burnout) en personal profesional de las Fuerzas Armadas (estudio de la insatisfacción laboral y sus repercusiones psicopatológicas en oficiales, suboficiales y oficiales superiores del Ejército de Tierra), *Anales de Psiquiatría*, 13(9), 362-374.

Gálvez Toro, Alberto. (2003). Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. El Hospital magnético. *Index Enferm.* Invierno. XII (43):80-82.

Gamo González, M. F. (2007). ¿Cuál es el bienestar psicológico del personal de enfermería?. En red:

[http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=\\_congresos\\_premiomalaga1](http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=_congresos_premiomalaga1) (Consultado: 15 de febrero de 2008)

Garden, A.M. (1989). Burnout: The effect of Psychological Type on research finding. *Journal of occupational psychology*; 62:223-234.

Garcés de los Fayos, E.J.; García, C.; y Martínez Sanchez, F. (1995). Factorización de un cuestionario de burnout en una muestra de deportistas. *Psicologemas*, 9(17) ,93-107.

García, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.

García M. (1991) Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*; 7:3-12.

García, M. (1995). Evaluación del burnout: Estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 219-229.

García, M.; Llor, B. Y Sáez, C. (1994a). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10(5), 180-184 .

García, M.; Llor, B. Y Sáez, C. (1994b). Reliability and dimensions of two scales of burnout in Spanish health care workers. *Comunicación - XXIII Congreso Internacional de Psicología Aplicada*. Madrid.

García, M.; Sobrido, N.; García, M, Raña, C. y Saleta, L. (1999). El síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 202-203, 61-67.

García, M.; Sáez, C. y Llor, B. (2000). Burnout satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.

García, M.; Llor Esteban, B.; Sáez, M. C.; Ruiz Hernández, J.A.; Blasco, J. R. y Campillo, M. J. (2004). Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: El NAQ-RE. Revisión de la adaptación española. Comunicación oral presentada en la *VII European Conference on Psychological Assessment*. Málaga (España).

García, M.; Llor Esteban, B.; García-Izquierdo, A.; Ruiz Hernández, J.A.; (2006). “Bienestar psicológico y Mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario”. *Revista de*

*Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 22(3):381-396.Madrid.

García Caro, M. P.; Cruz Quintana, F.; Prados Peña, D.; Muñoz Vinuesa, A. Y Pappous, A. Y Schmidt Rio-Valle, J. (2008). Enfermedad terminal: muerte...en palabras de los profesionales (I). *Revista Rol de Enfermería*, 31 (4), pp.57-62.

García Caro, M. P.; Cruz Quintana, F.; Schmidt Rio-Valle, J.; Prados Peña, D.; Muñoz Vinuesa, A. Y Pappous, A. (2008a). Enfermedad terminal: muerte...en palabras de los profesionales (II): Un estudio cualitativo de entrevistas en profundidad a profesionales de la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 31 (5), pp.54-58.

García Grau, N.; Carmona Heredia, A.; Roca Blasco, A.; Olona Casases, M. (2004). Síndrome de burnout en los equipos de enfermería de Cuidados Intensivos de cataluña. "*Revista Metas de Enfermería*".v.7 (2):6-12.

García Palacios, N. et. al. (2004) "Entorno clínico de la enfermería de hemodiálisis en la provincia de Cádiz". *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*; 7(3) Julio-septiembre 2004.

García Ramos Martina, et.al. (2007), Satisfacción Laboral del Personal de Salud, *Rev. Enfer Inst Mex Seguro Social*, 15 (2): 63-72.

Garros Hernández, E. (2002) *Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional*. Tesis Doctoral. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

Gil-Monte, P.R. (1994). El síndrome de burnout: Un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.

Gil- Monte, P.R. (2005) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide, pp. 19-22.

Gil- Monte P.R. (2005a) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide, pp. 37-45.

Gil- Monte P.R. (2005b) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide, pp. 53-55.

Gil- Monte P.R. (2005c) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid. Pirámide, pp. 92-94.

Gil- Monte P.R. (2005d) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.* Madrid: Pirámide, pp. 101-104.

Gil- Monte, P.R. (2005e). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.* Madrid: Pirámide. pp 141-144.

Gil-Monte, P.R y Peiró J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P.R; Peiró J.M. y Valcarcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: an alternative to Golembiewski and Leiter models.* Trabajo presentado en el VII European Congress of Work and Organizational Psychology. Győr (Hungria). En M.C Sáez Navarro, (1997). *Tesis Doctoral.* Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp.38.

Gil- Monte, P.R. y Schaufeli, W.D. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 19, 121-130.

Gilioli, R., Adinolfi, M., Bagaglio, A., Boccaletti, D., Cassitto, G. y Della, B. (2001). El acoso moral: mobbing, un nuevo riesgo en la medicina del trabajo. *Medicina del Lavoro*, 92, 61-69.

Glass, DC. Mcnight, JD.; Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of consulting and clinical Psychology*; 61:147-155.

Glaser, R.; Rice, J.; Sheridan, J. et al. (1987). Estrés related immune Suppression: Health implications. *Brain, Behavior and Immunity*; 1:7-20.

Golembiewski, R.T.; Munzenrider, R.F. y Stevenson, J. (1985). *Stress in Organizations*. Nueva York: Praeger.

Golembiewski, R.T., Hilles, R. y Daly, R (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 2, 295-313.

Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R.F. (1988). *Phases of Burnout: development in concepts and applications*. Nueva York: Praeger.

Golembiewski, R.T. Scherb, K. y Boudreau, R.A. (1993). *Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives*. En Sáez Navarro, M.C. (1997) *Tesis Doctoral*. Murcia. Universidad de Murcia, pp. 39-44.

Gómez-Mejía, L / Balkin, D y Cardy, R. (2000): *Gestión de Recursos Humanos*. España. Ed. Prentice Hall.

Gómez Bosque, P.; Ramírez Villa, F. (1998). *Cerebro, mente y conducta humana*. Salamanca: Amarus.

González, L. (1995). *Análisis de las relaciones causales propuestas en el modelo de las características del puesto*. En L. González, A. De Torrey y J. de Elena (Comps.), *Psicología del Trabajo y las Organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. 53-69. Salamana: Eudema.

González, L. (1997). Estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión castellana del "Job Diagnostic Survey" (JDS). *Psicología*, 18, 227-251.

González de Rivera, JL et. al. (1993) Stress reactivity in the general population. *European Journal of Psychiatry*; 19: 290-297.

González-Romá, V. Y Peiró, J. M. (1994). Estrés y salud en ambientes organizativos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 35-40.

Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnoses: Process and application*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc.

Gray-Toft, P. & Anderson, T.G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Behavioural Assessment*, 3, 11-23.

Hackett, R.D. (1989). Work attitudes and employee absenteeism. A synthesis of the literature. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 235-248.

Harpaz, I. (1983). *Job Satisfaction: Theoretical perspectives and a longitudinal analysis*. Nueva York: Libra Publishers.

Harrison, W.D. (1978). *Person environment fit and job stress*. En C.L. Cooper y R. Payne, *Stress at work*. Chichester: Wiley and Sons.

Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed) (1983). *Stress y burnout in the human services professions*, (1985, 2ª ed. pp. 29-39) New York: Pergamos Press.

Hartz, A et al. (1989) Hospital characteristics and mortality rates. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 321, No. 25; p. 1720-1725.

Havens DS, Labov TG, Faura T, Aiken LH. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*; 12 (1): 13-21.

Herzberg, F.; Mausner, B. y Snyderman, B.B. (1959). *The Motivation to work*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Heuven, E. y Bakker, AB. (2003). Emotional dissonance and burnout among cabin attendants. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(1), 81-100.

Hipwell, AE: Tyler, PA. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal Medical Psychology*. 62:71-79.

Hirigoyen, M.F. (2001). *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós.

Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart. Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA. University of California Press.

Hobfoll, S.E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp.115-129, Londres: Taylor & Francis.

Hoel, H., Cooper, C.L. y Faragher, B. (2001). The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 443-465.

Hulin, C.L.; Roznowski, M. y Hachiya, D. (1985). Alternative opportunities and withdrawal decisions: Empirical and theoretical discrepancies and integration. *Psychological Bulletin*, 97, 233-250.

Informe de la Secretaría OMS. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/13.

Disponible en [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf).

Iruela Cuadrado, LM (1983). Trastornos mentales en médicos. *Tribuna Médica*. 1008:29-30.

Ivancevich, J.M. y Matteson, M.T. (1980). *Stress and work. A managerial perspective*. Glenview: Scott Foresman.

Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Gerberding JL. (2002). Nurse staffing and healthcare-associated infections: proceedings from a working group meeting. *J Nurs Adm*. Jun; 32(6):314-22.

Jackson M, Chiarello LA, Gaynes RP, Gerberding JL. (2002a). Nurse staffing and health care-associated infections: Proceedings from a working group meeting. *Am J Infect Control*. Jun; 30(4):199-206.

Jansen, P.G., et al (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 407-421.

Jones, J.W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS\_HP)*. Illinois: London House.

Josten, E. J. (2003). The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *Journal of advanced nursing*; Diciembre, 44(6):643-52.

Kahn, RL. Wolf, DM.; Quinn, RP.; et al. (1964). *Organizational stress. Studies in role conflict and ambiguity*. Wiley, New York.

Kalimo, R., Cooper, C. L., El-Batawi, M. A., & Organización Mundial de la Salud. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Kalliath, T.J. et al. (2000). A test of Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress*, 14(1), 35-50.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. En Sáez Navarro, M.C. (1997). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Karger, H.J. (1981). Burnout as alienation. *Social Service Review*, 55(2), 270-283.

Katz, D. y Kahn, R.L. (1990). *Psicología Social de las Organizaciones*. México, D.F.: Trillas.

Kelley, H.H. (1979). *Personal Relationships: their Structures and Processes*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Kerouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F. et. al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Lahera, M. y Góngora, J. J. (2002). *Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo*. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Lamberth, J. (1982). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.

Lanzarote Pemán M.A.; López Martín M.N.; Rius Ferrús L.M.; Sanz Herrero M.A. (1995) Ansiedad en los profesionales de Enfermería:¿cómo manejarla? *Rev ROL de Enferm*. Núm. 197. Enero.

Lawler, E.E. (1973). *Motivation in work organizations*. Monterrey: Brooks Cole.

Lazarus, R.S. (2001). Estrés y salud. En Buendía, J. y Ramos, F. *Empleo, estrés y salud*, Madrid: Pirámide, pp.19-31.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.

Lazarus, R.S. y Lazarus, B.N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. Nueva York: Oxford University Press.

Leymann, H. (1990). *Handbook för användning av LIPT-formuläret för kartläggning av risker psykiskt vald arb etsmiljön (The LIPT questionnaire-a manual)*. Stockholm: Violen.

Leymann, H. (1992). *Adult bullying at Swedish workplaces: A nation-wide study based on 2438 interviews*. Stockhol: Swedish National Board of Occupational Safety and Health.

Leymann, H. (1993). Silencing of a skilled technician. *Working Enviroment*, 28-28.

Leymann, H. (1996). *La persécution au travail*. Paris: Seuil.

Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing and the development of PTSD. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 251-275.

Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organizations Studies*, 13, 1, 111-128.

Leiter, M.P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. *Group and Organization Studies*, 14 1, 15-22.

Leiter, M.P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Works and stress*, 6(2), 107-115.

Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns: *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 2, 123-144.

Leiter, M.P., y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gaceta de Antropología*, 22, 22-32.

Levi L. (2000) Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la sal de la vida o el beso de la muerte? Luxemburgo: *Comisión Europea. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo*.; 11-13.

Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors. (1999). Committee on Quality of Health Care in America. To err is Human: Building a Safer Health System. *National Academy Press*. Washington, D.C. pp.156.

Lloret, S.; González-Romá, V.; Luna, R. y Peiró, J.M. (1993). El Cuestionario CSLPS-EAP/33. Un estudio acerca de su validez. *Psicológica*, 14, 21-31.

Locke, E.A. (1984). Job satisfaction. En Sáez Navarro, M.C. (1997). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp. 114.

Lomeña JA, Martínez C, Negrillo M, Naranjo de la Cruz A. (1991) Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio, *Revista de Atención Primaria* Julio-Agosto; 8 (7): 31-38.

López, J.J. (1996). El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiátrica*, 31, 39-55.

López Franco, M.; Rodríguez Núñez, A.; Fernández Sanmartin, M.; Marcos Alonso, S.; Martínón Torres, F.; Martínón Sánchez, J.M. (2005) "Síndrome de desgaste profesional en personal asistencial pediátrico". *Anales de Pediatría*, Marzo; 62(3):248-51. Barcelona.

López Montesinos, M.J. (1998) *Administrar en enfermería hoy*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia

López Montesinos, M.J. et al. (2003) Intervención para la disminución de las estancias inapropiadas. Un estudio de tres años en un hospital universitario. Evaluación mediante empleo de Appropriateness evaluación protocolo (AEP). *Revista Gestión Hospitalaria*; 14(1); 99-107

López Rodrigo M. (1995.)Estrés de los profesionales de Enfermería, ¿sobre qué o quién repercute? *Rev ROL de Enferm*. N° 201, Mayo.

Lorenz, K. (1991). *Here am I where are you? The behavior of the greylag goose*. New York.

Lu, H.; While, A.; Barribal, L. (2007) Job satisfaction and its related factors: *A questionnaire survey of hospital nurses in Mailandd China*. *Int J Nurs Stud*; 44:574-88.

Mc. Grath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. En M.D. Dunnette (Ed), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.

Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección, Organización y Administración de Empresa*, 25, 148-159.

Manzano García, G. (1997) *Tesis Doctoral*. Dpto. de Psicología. Universidad de Deusto.

Manzano García, G.; Ramos Campos, F. (1999). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*; 206-207: 69-78.

Manzano García, G. y Ramos Campos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 173-195.

March, J.G. y Simon, H.A. (1958). *Organizations*. Nueva York: Wiley.

March, J.G. y Simon, H.A. (1987). *Teoría de la Organización*. Barcelona: Ariel.

Marshall, V. W. (1981). Death and Dying. En D. Mangen y W. Peterson (comps.), *Research instruments in social gerontology* (pp. 303-381), Minneapolis, University of Minnesota Press.

Martín, F., y Pérez, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Madrid: NTP 443 INSHT.

Martínez Ques AA. (2007). ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Revista Evidentia* ene-feb; 4(13). En: <http://www.index.com> (Consultado 18 enero 2008)

Masia, J. (2001). *El estrés laboral y el burnout en el mundo judicial: Hacia un nuevo enfoque de la cuestión*. En: <http://www.prevencionintegral.com/Estudios/Burnoutjudicial/default.htm>. (Consultado 30 abril 2009)

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.

Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124.

Maslach, C. (1982). Burnout: A social Psychological analysis. En J.W. Jones (Ed), *The Burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp.30-53). Park Ridge, Illinois: London House Press.

Maslach, C. y Pines, A. (1977) The Burne-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6,100-113.

Maslach, CH.; Jackson, S.E. (1981) the measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99-113.

Maslach, CH.; Jackson, S.E. (1981a). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, CH.; Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Maslach, CH.; Jackson, SE. Y Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3<sup>a</sup> Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, CH.; Jackson, SE. (1997) *Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid TEA.

Mason, J.W.; (1975) Psychological stresses and endocrine function. En: E.J. Sachar (ed): *Topics in psychoendocrinology*. New York Grune Stratton.

Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*, 38(3), 230-239.

Mauleón García M. A.; Mauleón García M. E.; Yáñez Brage I. (1995) Ansiedad. ¿Cómo manejarla?. *Rev ROL de Enferm.* Núm 197 . Enero.

Mayer JD y Salovey P (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York: *Basic Books*: 3-31.

Meerof, M. (1997). Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomás y Burnout. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 110(2).

Melchior, M.E. et al. (1997). Burnout and the work environment of nurses on psychiatric long-stay care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 158-164.

Meliá, J. L.; Peiró, J. M. y Calatallud, C. (1986). El Cuestionario General de Satisfacción Laboral en contextos organizacionales laborales. Estudios factoriales, fiabilidad y validez (presentación del cuestionario S4/82) *Millars*, 9, 43-77.

Meliá, J.L. (2004). Bateria de factores psicosociales de la Universidad de Valencia: La evaluación multidimensional comprehensiva de riesgos psicosociales. Trabajo presentado en el *Tercer Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales*. Santiago de Compostela.

Merllié, D. y Paoli, P. (2001). *Diez años de condiciones de trabajo en la Unión Europea*. Publicaciones de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo. En: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF00128.htm>.

Mesa de la Torre, E. et al. (2001). Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla. En: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php/cript=sci\\_arttext&pid=S1139-13752005000400004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php/cript=sci_arttext&pid=S1139-13752005000400004&lng=es&nrm=iso) (Consultado: 16 de julio de 2008)

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) Estrategia en Seguridad del Paciente. *Recomendaciones del Taller de Expertos*.

Ministerio Sanidad y Consumo (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. *ENEAS Informe 2005*.

Mintberg, H. (1988). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.

Mingote Adán, J.C.; Pérez Corral, F. (1999) *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.

Mingote Adán, J.C.; Pérez García, S. (2003). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos; 1:11-12.

Moncada, S.; Atracos, L.; Sánchez, A. Y Cortés, I. (1997). Organización del trabajo, Estrés y Salud: resultados de estudios en algunas poblaciones trabajadoras barcelonesas. En *Jornada técnica sobre Valoración del Estrés Laboral. Problemática y enfoque actual*. CNCT. Barcelona.

Moncada, S.; Llorens, C. y Kristensen, T.S. (2002). Manual de la versión media del método ISTAS 21 (CoPsoQ) de evaluación de riesgos psicosociales. ISTAS. Barcelona. En: [http://www.istas.ccoo.es/descargas/m\\_metodo\\_istas21.pdf](http://www.istas.ccoo.es/descargas/m_metodo_istas21.pdf)

(Consultado febrero 2007)

Moncada, S.; Llorens, C. Navarro, C. y Kristensen, T.S. (2005). Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 8, (1), 18-29.

Morales Martínez, S.I. (2005) Análisis de la turnicidad como factor de riesgo laboral en personal hospitalario. *Tesis Doctoral*. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 273-276.

Moreno Jiménez, B.; González Gutiérrez, J.L.; Garrosa Hernández, E. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 13(2), 18-28.

Moreno Jiménez, B.; González Gutiérrez, J.L.; Garrosa Hernández, E.; Penacoba Puente, C. (2002). “Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas”. *Revista de Enfermería*. Noviembre; 26(11):18-26. Barcelona.

Morris, J.A, y Feldman, D.C. (1996). The dimensions, antecedents and consequences the emotional labor. *Academy of Management Review*, 21,986-1010.

Moss, R. (1981). *Work Environment Scale Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Moss, R. (1994). *Work Environment Scale Manual* (3ª edic.). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Muchinsky, P.M. (1993). *Psychology applied to work*. California. Pacific Grove Publishing Company.

Needleman, J; Buerhaus, P; Mattke, S; Stewart, M; Zelevinsky, K. (2002). [Nivel de plantilla de enfermeras y calidad de los cuidados en los hospitales] Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med [New England Journal of Medicine]*. 346 (22):1715-1722.

Niedl, K. (1996). Mobbing and wellbeing: economic and personal development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 139-150.

Nightingale, F. (1969) *Notes of nursing. What it is what it is not?* New York. Dover Publications (original publicado en 1859).

Normativa Española de Ley de Prevención de riesgos laborales (1995) En: Ley 31/1995, de 8 de nov. (Boe 10-11-95, artículo 4).

Novack, M., y Chappell, N.L. (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. *Aging and Human Development*, 39(2), 105-120.

Novack, M., y Chappell, N.L. (1996). The impact of cognitively impaired patients and shift of nursing assistant stress. *International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 235-248.

Noval, R. (2002). Aspectos médicos éticos y legales. Disponible en: <http://www.amaportal.com/hemeroteca/articulos/articulo1.html>. (Consultado: 23 de julio de 2008)

OIT (2001). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es/publica/enciclo/default.htm> (Consultado: 1 de mayo de 2008)

Olmeda, M.S.; García, I.; Morante, L. (1998). Burnout en profesionales de salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 14(2), 48-55.

Olweus, D. (1978). *Agresión in the schools: Bullies and their Whipping Boys*. Washington, DC: Hemisphere.

OMS (1986) *Los 38 Objetivos Regionales Europeos. Salud para todos*. Copenhague.

OMS (2002). Informe de la Secretaría OMS. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/13. 23 de marzo de 2002. Disponible en [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf).

(Consultado: 12 de junio de 2006)

Pamplona Calejero, E.; Pasamar Millan, B.; Tomeo Ferrer, M.; et al. (1999) El síndrome de burnout en el personal de enfermería. *Anales Ciencias de la Salud*; 2:55-64.

Parlamento Europeo (2001) *Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso moral en el lugar de trabajo*. 2339(INI).

Paulo Marín P, Valenzuela E, Sergio Castro H, et al. (1998) Resultados al aplicar el sistema de clasificación de pacientes RUG en un hospital universitario. *Rev. Méd Chile*, 126(7): 33-42.

Payne, R. (1980). *Organizational stress and social support*. *Current concerns in occupational stress*. Nueva York; Wiley and Sons.

Pedrabissi, L. Et al. (1994). *La syndrome de Burnout: Una ricerca tra gli insegnanti e gli operatori dei servizi psichiatrici del Friuli-Venezia Giulia*. Pordedone: Biblioteca dell'Immagine.

Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid; Eudema.

Peiró, J.M., (2004) Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria; *Psiquis*, (25) 4, 129-240.

Peiró, J.M.; González-Romá, V.; Zurriaga, R. Ramos, J. y Bravo, M.J. (1990). El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de Equipos de Atención Primaria (CSLEAP). *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 135-174.

Peiró, J.M.; González-Romá, V; Martí, C. Y Gastaldi, C. (1992). Estrés de rol y desempeño de roles en organizaciones de servicios. *Rev. de Psicología Social Aplicada*, 2, 55-74.

Peiró, J.M. y Munduate, L. (1994) Work and Organizational Psychologie in Spain. *Applied Psychologie: And international Review*, 43, 231-274.

Pérez García, S.; Jiménez Arriero, MA.; Denia Ruiz, F.; Mingote, C. (1994). Estudio Sobre la satisfacción y el estrés laboral del enfermero/a experto en estomaterapia. En: *Asistencia, docencia e investigación en la Atención Integral al ostomizado*. Madrid. Sociedad Española de Estomaterapia; 247-255.

Pérez, G.; Guardia, J.; Però, M.; Barrios, M.; Gallego, Y. Y Romero, A. (2006): Bateria de Evaluación de Riesgos Psicosociales de la Mediana y Pequeña Empresa (Cyclops-UB). *4th. International Conference on Occupational Risk Prevention*. Mayo. Sevilla (España).

Pérez Jáuregui, MI. Y cols. *El valor de la educación para la salud*.  
En <http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/12/ua1-9pub03-12-06.htm>

Perlman, B. y Hartman, E.A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.

Petterson JL.; Arnetz, BB. Arnetz, JE. (1995) Predictors of job satisfaction and job influence. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 64: 9-19.

Pines, A.; Aronson, E.; Kafry, D (1981) *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.

Pines, A.; Aronson, E.; Kafry, D (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.

Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.

Piotrkowski C. (1987). Families and Work. En: Sussman, Stenmetz. *Handbook of marriage and the family*. NY: Plenum Press.

Pla Femenia, O.; Hernández Jiménez, A.; Orquin Alexandre, J.; et. al. (1999). La enfermería y el estrés laboral. Amistades peligrosas. *Enfermería Integral*; 48:15-18.

Polaino Lorente, A. (1987): *Educación para la Salud*, Barcelona. edit. Herder.

Price, J.L.; Mueller, C.W. (1981) *Professional turnover. The case for nurses*. Iowa State: University Press Ames.

Price, D.M. y Murphy, P.A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.

Prieto, L. et al. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5), 294-302.

Ponce-Gómez Judith, et.al., (2006) Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad, *Rev Enfer IMSS*; 14 (2), 65-73.

Quarstein, V.A.; Mc Afee, R.B. y Glassman, M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Humans Relations*, 42, 859-873.

Quevedo - Aguado, M.P. et. al. (1999). Relación entre “despersonalización (burnout), trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología*, 63-63, 87-110.

Quijano, S. (2006) *Dirección de recursos humanos y consultoría en las organizaciones*. El ASH. Barcelona. Icaria Editorial.

Quijano, S. Y Navarro, J. (1999). El ASH. Auditoría del Sistema Humano. Los Modelos de Calidad y la Evaluación Organizativa. *Rev. de Psicología Social y Aplicada*, 52 (2-3), 293-320.

Quijano, S.; Cornejo, JM.; Yepes, M.; Flores, R. (2005) La calidad de los procesos y recursos humanos (CPRH) como componente de la calidad del sistema humano de la organización: conceptualización y medida. *Anuario de Psicología*. 36 (1), 7-36.

Quijano, S. Navarro, J.; Yepes, M.; Berger, R y Romeo, M. (2008) La Auditoría del Sistema Humano (ASH) para el análisis del comportamiento humano en las organizaciones. *Papeles del Psicólogo, Sección Monográfica*. 29 (1), 92-106.

Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid, UNED-FUE.

Raventos, Joseph. (2004): “Es hoy determinante invertir en el desarrollo de las organizaciones”, *Revista Capital Humano*, No. 181, 2004, pp. 16. Madrid. Ed. Capital Humano.

Rayner, C. y Cooper, C.L. (1997). Workplace bullying: Myth or reality– can we afford to ignore it? *Leadership and Organization Development Journal*, 18, 211-214.

Reviki DA.; May, H.; Whithley, W. (1991) Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*, 17:11-16.

Rizzo, J.; House, R. y Lirtman, S. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.

Robles, M.; Dierssen, T. Y Martínez, E. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 127-134.

Rodríguez Duran, L.; López Rodríguez, M.T. (1996). Enfermeras y supervisoras de enfermería: motivación y estrés. *Index Enfermería*. V16-17; 13-16.

Rodríguez López, AM et al. (2008). Correlación entre carga de trabajo, síndrome de Burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Revista Enfermería Global*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, octubre, nº 14. En: <http://www.um.es/eglobal>  
(Consulta: 12 de mayo de 2009)

Rogers, M (1970). *Nursing Science: introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia. FA. Davis.

Ryerson, D. y Marks, N. (1982). Career burnout in the human services: Strategies for intervention. En J.W. Jones (Ed.), *The Burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp.151-164). Park Ridge, Illinois: London House Press.

S.Odiorne, George. (1990)*El lado humano de la Dirección*. Madrid. Edit. Díaz de Santos.

Sáez Navarro, M.C. (1997a). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp. 107-135.

Sáez Navarro, M.C. (1997b). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp. 118-120.

Sáez Navarro, M.C. (1997c). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp. 33-35.

Sáez Navarro, M.C. (1997d). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp. 37-44.

Sáez Navarro, M.C. (1997e). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp. 120-122.

Sáez, M.C. y García, M. (2001). Violencia psicológica en el trabajo: *El mobbing*. En J. Buendía y F. Ramos (Eds), *Empleo, Estrés y Salud* (cap. 11) Madrid: Pirámide.

Sáez, M.C., García-Izquierdo, M., y Llor, B. (2003). Validación de la escala NAQ de Einarsen y Raknes (1997) sobre acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*). *VIII Congreso Nacional de Psicología Social*. Torremolinos.

Salanova, M.; Schaufeli, W.B.; Llorens, S.; Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el burnout al <<engagement>>: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134.

Sales i Orts R. et al. Diagnósticos de enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos. *Educare* 21 2004 noviembre, nº 12 (falta dirección revista) (Consultada 26 de mayo de 2007)

Sales i Orts R, Montón i Campos J, Costa Suárez A. (2006) Análisis de concordancia sobre la declaración de las intervenciones que, bajo criterios NIC, realiza la enfermería con pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Evidentia* sep-oct; 3(11). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n11/258articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 2 de diciembre de 2006)

Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 425-441.

San Martín, H. y Pastor Aldeguer, V. (1990): *Epidemiología de la vejez* Madrid. Mc. Graw-Hill Interamericana.

Sandin, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, y F Ramos (Eds). *Manual de psicopatología* (2). Madrid: McGraw Hill.

Saturno PJ. (2000). La distribución binomial y el muestreo para la aceptación de los tes (LQAS) como métodos de monitorización en servicios de salud. *Revista de Calidad Asistencial*; 15 (2): 99-107.

Saturno PJ. (2004) La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Revista de Calidad Asistencial*; 19 (6): 408-416.

Saturno, PJ. Et al. (2008) Construcción y validación de indicadores de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo. En:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf> (Consulta: 10 de marzo de 2009)

Schaufeli, W.B. y Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.

Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P.; Maslach, C.; y Jackson, S.E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey(MBI-GS). En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory Manual* (3<sup>a</sup> ed. pp. 19-26) Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.

Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P.; Maslach, C.; y Jackson, S.E. (1996a). The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory Manual* .3<sup>a</sup> ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.

Schwab, R.L.; Jackson, S.E. y Schuler, R.S. (1986). Educator Burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10(3), 14-30.

Segarra, M. y Garrido, J. (2000). La supervisión de enfermería y el burnout: Un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gestión Hospitalaria*, 11(4), 165-169.

Seltzer, J. Y Numerof, R.E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal*, 31, 2, 439-446.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138-32.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.

Simpson L, Grant L. (1991). Sources and Magnitude of Job Stress Among Physicians. *Journal of Behavioral Medicine*; 14(1).

Smith, E. (2005). Communities of Competence: New resources in the workplace. *Journal of Workplace Learning*, 17 (1-2): 7-23.

Soler Sánchez, M.I. (2008). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. pp.41.

Soler Sánchez, M.I. (2008a). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. pp.95-98.

Soler Sánchez, M.I. (2008b). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. pp. 70-74.

Soler Sánchez, M.I. (2008c). *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. pp. 91-130.

Soler, M.I., Meseguer, M., García-Izquierdo, M., y Sáez, M.C. (2004). *Adaptación de los instrumentos de evaluación de factores psicosociales (AIP) y mobbing (NAR-RE) al sector hortofrutícola*. Informe no publicado: Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia.

Spector, P. E. (1992). A consideration of the validity and meaning of self-report measures of job conditions. En C.L. Cooper e I.T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 59-65). Nueva York: Jhon Wiley & Sons.

Spielberger, C. D. (1994). *Professional manual for the Job Stress Survey (JSS)*. Odessa: FL. Psychological Assessment Resources.

Stout, J.K. (1983) Comparison of two measures of burnout. *Psychological Reports*, 53, 283-289.

Tarela, J. (2002). La enfermedad de Tomás o cuando el médico se enferma. En:

<http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/gral/EnfermedaddeTomás.htm> (Consulta: 10 de marzo de 2008)

Taylor, F. W. (1979). *Principios de Administración Científica*. Buenos Aires: Ateneo.

The National Quality Forum (2003): *Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report*. NQF, Washington.

The National Quality Forum (2007). *Safe Practices for Better Healthcare 2006 update*. (NQF), Washington: The National Quality Forum.

Teixido, J.; Tarrats, L.; Arias, N.; Cosculluela, A. (2006). Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*; 26(1):74-83.Madrid.

Tomás Sábado J.; Fernández Donaire L. (2002) Estrés Laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios. *Metas Enferm*. Núm. 45. Mayo.

Torres-Barrera, S.; Chávez-González, C.; Lizárraga-Zambrano, E. y Guerra-Herrera, M. A. (2007). Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una unidad médica de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* ; 15 (3): 147-153.

Torres-Barrera, S.; Chávez-González, C.; Lizárraga-Zambrano, E. y Guerra-Herrera, M. A. (2007). Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una unidad médica de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* ; 15 (3): 147-153.

Turcotte, P.R. (1986). *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México, D.F.: Trillas.

Urricelqui Chasco, A.; Sanz Aznarez, A.C. (2000) “Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de enfermería”. *Revista de Enfermería*. Mayo; 23(5):353-6 Barcelona.

Vaillant, GE. (1992) *Ego mecanismo of defense. Aguide for clinicians and rechearchs*. Washington, American Psychology Press.

Vartia, M. (1996). The sources of bullying – Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 203-214.

Vartia, M. (2001). Consequences of workplaces bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Work Environment Health*, 21(1), 63-69.

Vega, ED.; Pérez Urdániz, A.; Fernández Cantí, G. (1998) *El síndrome de burnout en el médico*. Madrid: Smith Kline Beecham.

Vigoda, E. (2000). Organizational politics, job attitudes, and work outcomes: Exploration and implications for the Public Sector. *Journal of Vocational Behavior*, 57, 326-347.

Villaverde M, Gracia R, Morera A. (2000) Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario. *Actas esp Psiquiatr*; 28(1):2-5.

Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. Nueva York: Wilwy and Sons.

Warr, P. (1987) *Work, unemployment and mental health*. Oxford. Oxford University Press.

Warr, P.B.; Cook, P.; Wall, K. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.

Weiss, D. J.; Dawis, R. V.; England, G. W.; Loquist, L. H. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, XXII.

Westman, M.; Etzion, D.; y Danon, E. (2001). Job Insecurity and crossover of burnout in married couples. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 467-481.

Wilder RL. (1995). Neuroendocrine-Immune system interactions and autoimmunity. *Ann Rev. Immunol*, 13: 170-175.

Wynne, R., Clarkin, N. & McNieve, A. (1993). *The Experience of Stress Amongst Irish Nurses: A Survey of Irish Nurses Organisation Members*, and Cox, T. & Griffiths, A. (1996). *El estrés relacionado con el trabajo en la enfermería: Controlar el riesgo para la salud*. Documento de trabajo, CONDI/T/WP.4/1996. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.151-162). Londres: Taylor & Francis.

Yegler V., M. C.; y Cía.: Diez F., T.; Gómez G., J. L.; Carrasco F., B.; Miralles S., T.; Gómez C., J. A. (2003) Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. Alcalá de Henares, Madrid.

Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 70-85.

Zapf, D., Knorz, C. y Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.

Zeidner M, Matthews G y Roberts RD (2004). Emotional intelligence in the workplace: A critical review. *Applied Psychology: An International Review*, 53 (3): 371-399.

Zellars, K.L. y Perrewé, P.L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: Coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 459-467.

Zimmermann, E. (2000) *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: ausländische patienten besser versorgen*. Berna: Verlag Hans Huber.



**VI.- A N E X O S**



## **ANEXOS**

En este apartado de *Anexos* presentamos las tablas correspondientes a los resultados de nuestro trabajo.

En el *Anexo I* se expone estadísticos, tablas y gráficos de variables sociodemográficas y sociolaborales, y estadísticos de las bajas producidas en los últimos 12 meses

En *Anexo II*, estadísticos, frecuencias y puntuación de los datos de las variables psicosociales. Análisis factorial de la variables Satisfacción Laboral, Burnout y Bienestar Psicológico.

En *Anexo III* se muestra la correlación entre las variables psicosociales, así como entre estas variables y las restantes variables sociolaborales y sociodemográficas incluidas en el estudio.

En el *Anexo IV* se incluyen las tablas de resultados del análisis de conglomerados Cluster, indicándonos como se agrupan los sujetos de la muestra con relación a su puntuación en las variables psicológicas, y las tablas de la prueba “t” de Tukey que nos indica los subconjuntos de la agrupación de conglomerados según su homogeneidad en la puntuación.

Por último incluimos las tablas correspondientes a los resultados de la asociación entre las agrupaciones de conglomerados y las variables sociolaborales y sociodemográficas.

El *Anexo V* contiene los cuestionarios o instrumentos utilizados para el desarrollo de este trabajo.

## ANEXO I

- Estadísticos, tablas y gráficos de variables sociodemográficas y sociolaborales

### 1. - Procedencia de la muestra

Procedencia.Tabla 1.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospitales Murcia capital (3)	328	71,8	71,8	71,8
	Hospitales Comarcales (9)	129	28,2	28,2	100,0
	<b>Total</b>	<b>457</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

### 2.- Edad de la muestra.

Tabla 2. Edad		
N	Válidos	451
	Perdidos	6
Media	40,19	
Mediana	40,76(a)	
Moda	45	
Desv. típ.	8,27	
Mínimo	22	
Máximo	63	

Tabla 2.1.- Edad-Género			Género		Total
			hombre	mujer	
-De 20 a 34	1	Recuento	29	102	131
		% de Género	22,3%	31,8%	29,0%
-De 35 a 49	2	Recuento	89	175	264
		% de Género	68,5%	54,5%	58,5%
-De 50 a 64 o más	3	Recuento	12	44	56
		% de Género	9,2%	13,7%	12,4%
Total		Recuento	130	321	451
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2.2.-Pruebas de chi-cuadrado. Edad-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,42(a)	2	,024
Razón de verosimilitudes	7,57,	2	,023
Asociación lineal por lineal	,594	1	,441
N de casos válidos	,451		

### 3. - Frecuencia y porcentaje de la muestra según su género

Tabla 3. Género		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	hombre	131	28,7	28,7	28,7
	mujer	326	71,3	71,3	100,0
	Total	457	100,0	100,0	

### 4.- Tiempo de antigüedad en el puesto

Tabla 4.	Antig. puesto	
N	Válidos	446
	Perdidos	11
Media		12,1
Mediana		96,00
Moda		48
Desv. típ.		8,6
Varianza		10,22
Asimetría		,98
Error típ. de asimetría		,11
Curtosis		,32
Error típ. de curtosis		,23

Tabla 4.1.-Pruebas de chi-cuadrado. Antig. puesto-género			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,09(a)	2	,078
Razón de verosimilitudes	6,00	2	,050
Asociación lineal por lineal	4,89	1	,027
N de casos válidos	409		

## 5.- Tiempo de antigüedad en la empresa

Tabla 5.- Antig. empresa		
	Válidos	Perdidos
	440	17
Media	17,48	
Mediana	16,00	
Moda	21(a)	
Desv. típ.	10,84	
Varianza	11,80	
Asimetría	,17	
Error típ. de asimetría	,11	
Curtosis	-1,17	
Error típ. de curtosis	,23	

Tabla 5.1. Pruebas de chi-cuadrado.Ant. Empresa			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,73(a)	7	,27
Razón de verosimilitudes	8,64	7	,27
Asociación lineal por lineal	3,06	1	,08
N de casos válidos	440		

## 6.- Estado civil de la muestra

Tabla.6.- estado civil - género			Género		Total
			hombre	mujer	
est_civ2	soltero	Recuento	21	76	97
		% de Género	16,0%	23,5%	21,3%
	casado o pareja de hecho	Recuento	104	207	311
		% de Género	79,4%	63,9%	68,4%
	separado/divorciado o viudo	Recuento	6	41	47
		% de Género	4,6%	12,7%	10,3%
Total		Recuento	131	324	455
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6.1.- Estado civil-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,12	4	,016
Razón de verosimilitudes	14,38	4	,006
Asociación lineal por lineal	,060	1	,807
N de casos válidos	455		

## 7.- Tipo de contrato

Tabla 7.-Pruebas de chi cuadrado, tipo contrato-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,09(a)	2	,078
Razón de verosimilitudes	6,00	2	,050
Asociación lineal por lineal	4,89	1	,027
N de casos válidos	409		

## 8.- Tipo de horario

Tabla 8.-Tipo horario-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,713(a)	2	,035
Razón de verosimilitudes	6,042	2	,049
Asociación lineal por lineal	,015	1	,904
N de casos válidos	394		

## 9.- Tipo de jornada

Tabla 9.-Prueba Chi-cuadrado. Tipo jornada-género	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,506(b)	1	,477
Corrección por continuidad(a)	,162	1	,687
Razón de verosimilitudes	,483	1	,487
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,505	1	,477
N de casos válidos	402		

## 10.- Trabajo a turnos

Tabla 10.- Trabajo a turnos			Género		Total
			hombre	mujer	
Trabajo a turnos	no	Recuento	79	218	297
		% de Género	62,2%	68,6%	66,7%
	si	Recuento	48	100	148
		% de Género	37,8%	31,4%	33,3%
Total		Recuento	127	318	445
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

## 11.- Realización de guardias

Tabla 11.-Realización de guardias	Valor	gl	Sig. Asint.(bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,092(b)	1	,762		
Corrección por continuidad(a)	,036	1	,850		
Razón de verosimilitudes	,092	1	,762		
Estadístico exacto de Fisher				,820	,423
Asociación lineal por lineal	,092	1	,762		
N de casos válidos	405				

**12.- ¿Realiza actividades de formación continuada?**

<b>Tabla 12.- Realiza activ. formación-género</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	<b>Sig. exacta (bilateral)</b>	<b>Sig. exacta (unilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	4,005(b)	1	,045		
<b>Corrección por continuidad(a)</b>	3,57	1	,059		
<b>Razón de verosimilitudes</b>	4,10	1	,043		
<b>Estadístico exacto de Fisher</b>				,049	,028
<b>Asociación lineal por lineal</b>	3,99	1	,046		
<b>N de casos válidos</b>	457				

**13.- Actividades de formación: cursos, asistencia a congresos, sesiones actualización, sesiones clínicas y otros.**

**Asistencia a cursos**

<b>Tabla 13.- Asistencia cursos-género</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	<b>Sig. exacta (bilateral)</b>	<b>Sig. exacta (unilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	3,15(b)	1	,076		
<b>Corrección por continuidad(a)</b>	2,79	1	,095		
<b>Razón de verosimilitudes</b>	3,19	1	,074		
<b>Estadístico exacto de Fisher</b>				,093	,047
<b>Asociación lineal</b>	3,14	1	,076		
<b>N de casos válidos</b>	457				

### Asistencia a congresos

Tabla 13.1.- Pruebas de chi cuadrado. Asistencia a congresos-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilat.)	Sig. exacta (bilat.)	Sig. exacta (unilater.)
Chi-cuadrado de Pearson	6,29(b)	1	,012		
Corrección por continuidad(a)	5,75	1	,016		
Razón de verosimilitudes	6,16	1	,013		
Estadístico exacto de Fisher				,016	,009
Asociación lineal por lineal	6,28	1	,012		
N de casos válidos	457				

### Asistencia a sesiones de actualización

Tabla 13.2.-Pruebas Chi-cuadrado/sesiones actualización-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilat.)
Chi-cuadrado de Pearson	11,72(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	10,91	1	,001		
Razón de verosimilitudes	11,22	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,69	1	,001		
N de casos válidos	457				

### Asistencia a sesiones clínicas

Tabla 13.3.-Pruebas de chi-cuadrado. Sesiones clínicas-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,37(b)	1	,066		
Corrección por continuidad(a)	2,89	1	,089		
Razón de verosimilitudes	3,24	1	,072		
Estadístico exacto de Fisher				,078	,046
Asociación lineal por lineal	3,36	1	,067		
N de casos válidos	457				

**14.- Estadísticos de las bajas producidas en los últimos 12 meses**

- ¿ Ha estado de baja durante los últimos doce meses?

Tabla 14.- Pruebas de chi-cuadrado. Bajas en últimos 12 meses-género	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,32(b)	1	,249		
Corrección por continuidad(a)	1,07	1	,300		
Razón de verosimilitudes	1,35	1	,245		
Estadístico exacto de Fisher				,296	,150
Asociación lineal por lineal	1,32	1	,250		
N de casos válidos	452				

- **Motivo y duración de la 1ª baja**

Tabla 14.1. Motivo 1ª baja		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Motivo 1ª Baja</b>	maternidad	9	2,0	20,9	20,9
	accidente	6	1,3	14,0	34,9
	cirugía	4	,9	9,3	44,2
	trastornos psicológicos	1	,2	2,3	46,5
	trastornos trauma	3	,7	7,0	53,5
	patologías M.I.	8	1,8	18,6	72,1
	procesos respiratorios	4	,9	9,3	81,4
	cancer	1	,2	2,3	83,7
	patologías columna	7	1,5	16,3	100,0
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>9,4</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	<b>414</b>	<b>90,6</b>		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 14.2.-Duración 1ª baja					
	Duración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Duración 1ª baja</b>	1	3	,7	2,5	2,5
	2	6	1,3	5,0	7,4
<b>Moda</b>	<b>3 días</b>	12	2,6	9,9	17,4
	4	2	,4	1,7	19,0
	5	5	1,1	4,1	23,1
	6	2	,4	1,7	24,8
	7	6	1,3	5,0	29,8
	8	4	,9	3,3	33,1
	9	3	,7	2,5	35,5
	10	4	,9	3,3	38,8
	11	1	,2	,8	39,7
	15	8	1,8	6,6	46,3
	16	2	,4	1,7	47,9
	18	1	,2	,8	48,8
<b>Mediana</b>	<b>20 días</b>	8	1,8	6,6	55,4
	21	2	,4	1,7	57,0
	29	1	,2	,8	57,9
	30	10	2,2	8,3	66,1
	38	2	,4	1,7	67,8
<b>Media</b>	<b>45 días</b>	7	1,5	5,8	73,6
	50	3	,7	2,5	76,0
	52	1	,2	,8	76,9
	60	6	1,3	5,0	81,8
	75	1	,2	,8	82,6
	90	4	,9	3,3	86,0
	97	1	,2	,8	86,8
	110	1	,2	,8	87,6
	112	6	1,3	5,0	92,6
	120	1	,2	,8	93,4
	150	1	,2	,8	94,2
	160	1	,2	,8	95,0
	180	3	,7	2,5	97,5
	365	1	,2	,8	98,3
	420	1	,2	,8	99,2
	545	1	,2	,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>26,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	<b>336</b>	<b>73,5</b>		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

## ANEXO II

### 1.- Estadísticos, frecuencias y puntuación de los datos de las variables psicosociales. Análisis factorial de la variables Satisfacción Laboral, Burnout y Bienestar Psicológico.

#### - Satisfacción laboral.- Estadísticos satisfacción total y subescalas

Tabla 0. Satisfacción total y dimensiones		Satisfacción total	satis_super	satis_ambie	satis_presta
N	Válidos	435	449	446	450
	Perdidos	22	8	11	7
Media		4.50	4.89	4.05	4.17
Desv. típ.		1.06	1.25	1.22	1.45
Asimetría		-.352	-.710	.074	-.258
Error típ. de asimetría		.117	.115	.116	.115
Curtosis		-.093	.311	-.932	-.588
Error típ. de curtosis		.234	.230	.231	.230
Mínimo		1.33	1.00	1.50	1.00
Máximo		7.00	7.00	7.00	7.00
- Alfa de Cronbach (Índice de fiabilidad).....		,898	,919	,734	,888
- Número de elementos.....		12	6	4	2

## 1.- Satisfacción con la supervisión o supervisores (Items 5, 6,7,8,9,10)

Gráfico 1.- Porcentaje. Satisfacción con supervisión

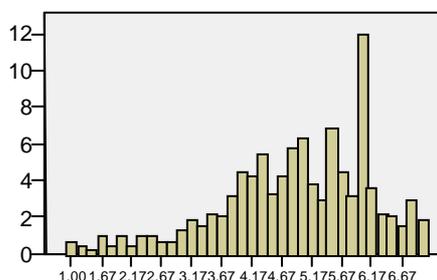


Tabla 1.-Frecuencias Satisfacción con la supervisión		Frecuencias N	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	%
Válidos	Muy insatis., Bastante, un poco	53	11,8	11,8	11,8
	ni satis, ni insatis	96	21,3	33,2	20,4
	Un poco satis., Bastante, muy	292	65,1	100	67,8
	Total	449			100
Perdidos	Sistema	8	1,8		
Total		457	100		

Tabla 1.1- "Satisfacción con la supervisión" (items 5,6,7)		5. Las relaciones personales con sus superiores	6. La supervisión que ejercen sobre usted	7. La proximidad y frecuencia con que es supervisado
N	Válidos	455	455	456
	Perdidos	2	2	1
Media		5.10	5.09	4.97
Desv. típ.		1.44	1.38	1.37
Asimetría		-.852	-.793	-.728
Error típ. de asimetría		.114	.114	.114
Curtosis		.043	.060	.216
Error típ. de curtosis		.228	.228	.228
Mínimo		1	1	1
Máximo		7	7	7

Anexo II

Tabla 1.1.1- "Satisfacción con la supervisión" (ítems 8,9,10)		8. La forma en que sus superiores juzgan su tarea	9. La igualdad y justicia de trato que recibe de su empresa	10. El apoyo que recibe de sus supervisores
N	Válidos	451	456	456
	Perdidos	6	1	1
Media		4.92	4.28	4.98
Desv. típ.		1.51	1.68	1.50
Asimetría		-.800	-.376	-.818
Error típ. de asimetría		.115	.114	.114
Curtosis		-.010	-.925	.077
Error típ. de curtosis		.229	.228	.228
Mínimo		1	1	1
Máximo		7	7	7

Tabla 1.2.-Frecuencias Item5. Las relaciones personales con sus superiores		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	N	%
Válidos	muy insatisfecho	7	1,5	1,5		
	bastante insatisfecho	25	5,5	7,0		
	algo insatisfecho	35	7,7	14,7	Inst.:67	14,7
	ni satis, ni insatis	71	15,6	30,3	Ni sat.ni inst.:71	15,6
	un poco satis	80	17,6	47,9		
	bastante satis.	183	40,2	88,1		
	muy satisfecho	54	11,9	100,0		
	Total	455	100,0		Satisf.:317	69,7 100
Perdidos	Sistema	2	,4			
Total		457				

Tabla 1.3.- Frecuencias Item 9.- La igualdad y justicia de trato que recibe de su empresa		Frecu encia	Porcen taje válido	Porcen taje acumu lado	N	%
Válid os	muy insatisfeh o	33	7,2	7,2		
	bastante insatisfeh o	48	10,5	17,8		
	algo insatisfeh o	71	15,6	33,3	Insat.: 152	33,3
	ni satis, ni insatis	74	16,2	49,6	Ni sat. Ni ins. 74	50,4
	un poco satis	86	18,9	68,4		
	bastante satis.	123	27,0	95,4		
	muy satisfecho	21	4,6	100,0	Satisf. 230	Satisf. 16,3
	Total	456	100,0			100
Perdi dos	Sistema	1				
Total		457				

## 2.- Satisfacción con el ambiente físico” (Items 1,2,3 y 4).

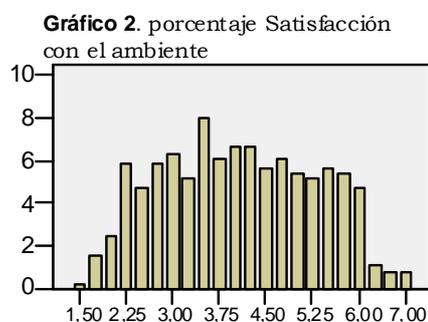


Tabla 2.-Frecuencias Satisfacción con ambiente		Frecuenc ias N	Porcent aje valido	Porcent aje acumula do	%
Válid os	Muy instáis. Bastante, un poco	65	31,1	32,1	32,1
	ni satis, ni insatis	123	26,4	59,6	27,5
	Un poco satis., Bastante, muy	247	42,5	100	40,4
	Total	446	100		100
Perdid os	Sistema	11			
Total		457			

Tabla 2.1.- "Satisfacción con el ambiente físico" (ítems 1,2,3,4)		1. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar	2. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo	3. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo	4. La temperatura de su local de trabajo
N	Válidos	447	454	456	456
	Perdidos	10	3	1	1
Media		4.46	4.06	3.77	3.89
Desv. típ.		1.40	1.67	1.79	1.67
Varianza		1.98	2.81	3.23	2.80
Asimetría		-.463	-.170	.057	-.084
Error típ. de asimetría		.115	.115	.114	.114
Curtosis		-.495	-1.131	-1.220	-1.118
Error típ. de curtosis		.230	.229	.228	.228
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		7	7	7	7

Tabla 2.2. Frecuencias ítem 1. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	N	%
Válidos	muy insatisfecho	12	2,6	2,7		
	bastante insatisfecho	32	7,0	9,8		
	algo insatisfecho	69	15,1	25,3	Inst. 113	25,3
	ni satis, ni insatis	96	21,0	46,8	Ni sat. ni ins. 96	21,5
	un poco satis	113	23,7	72,0		
	bastante satis.	113	24,8	97,3		
	muy satisfecho	12	5,8	100,0	Satisf. 238	53,2
	Total	447	100			100
Perdidos	Sistema	10				
Total		457				

Tabla 2.3.- Frecuencias item 3. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo		Frecu encia	Porcen taje válido	Porcen taje acumu lado	N	%
Válid os	muy insatisfeh o	53	11,6	11,6		
	bastante insatisfeh o	85	20,6	30,3		
	algo insatisfeh o	83	18,2	48,5	Instisf. 221	48,5
	ni satis, ni insatis	56	12,3	60,7	Ni sat. Ni ins.	12,2
	un poco satis	73	17,0	76,8		
	bastante satis.	86	19,9	95,6		
	muy satisfecho	20	4,4	100,0	Satisf.	39,3
	Total	456	100,0			100
Perdi dos	Sistema	1				
Total		457				

### 3.- Satisfacción con las prestaciones percibidas (Items 11 y 12).

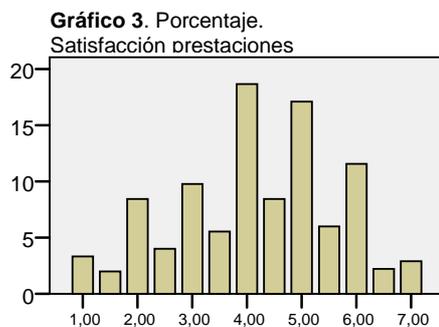


Tabla 3.-Frecuencias Satisfacción con prestaciones		Frecuenc ias N	Porce ntaje válido	Porcent aje acumula do	%
Válido s	Muy insatisf., Bastante, un poco	124	27,6	27,6	27,6
	ni satisf, ni insatis	119	25,6	51,8	24,2
	Un poco satisf., bastante, muy	217	46,8	100	48,2
	Total	450	100		100
Perd. Total	Sistema	7			
		457			

Tabla 3.1.-"Satisfacción con las prestaciones percibidas"(ítems 11, 12)		11. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones.	12. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales
N	Válidos	455	450
	Perdidos	2	7
Media		4.37	3.97
Desv. típ.		1.53	1.54
Asimetría		-.391	-.205
Error típ. de asimetría		.114	.115
Curtosis		-.633	-.536
Error típ. de curtosis		.228	.230
Mínimo		1	0
Máximo		7	7

Tabla 3.2.- Frecuencias ítem 11. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y las leyes laborales		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	N	%
Válidos	muy insatisfecho	19	4,2	4,2		
	bastante insatisfecho	50	11,0	15,2		
	algo insatisfecho	51	11,2	26,4	Insta. 120	26,4
	ni satis, ni insatis	108	23,7	50,1	Ni sat.Ni inst. 108	23,7
	un poco satis	101	22,2	72,3		
	bastante satis.	104	22,9	95,2		
	muy satisfecho	22	4,8	100,0	Satisf. 227	49,9
	Total	455	100,0			
Perdidos	Sistema	2				
Total		457				

#### 4.- Satisfacción total

Gráfico 4. porcentaje satisfacción\_total

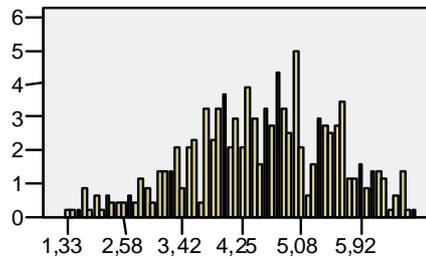


Tabla 3.-Frecuencias Satisfacción Total		Frecuencias N	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	%
Válidos	Muy insatisf., Bastante, un poco	64	14,6	15,6	15,6
	ni satisf., ni insatisfecho	136	33,4	46,9	31,3
	Un poco satisf., bastante, muy	227	51,5	100	53,1
	Total	435	99,5	100	100
Perdidos	Sistema	8,7			
Total		457	100,0		

#### 5.- Análisis factorial del cuestionario de satisfacción laboral

El determinante de la matriz de correlaciones es 0, lo que indica el alto grado de intercorrelación entre las variables.

El Test de esfericidad de Barlett presenta una  $X^2$

(66)=3264,71 y  $p= 0,000$ ), por lo que podemos concluir que existe correlación significativa entre las variables. El estadístico KMO con un valor cercano a la unidad, nos indica una buena adecuación de la muestra a este análisis (tabla 5).

<b>Tabla 5.- KMO y prueba de Bartlett.- Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</b>		<b>,881</b>
<b>Prueba de esfericidad de Bartlett</b>	<b>Chi-cuadrado aproximado</b>	<b>3264,771</b>
	<b>gl</b>	<b>66</b>
	<b>Sig.</b>	<b>,000</b>

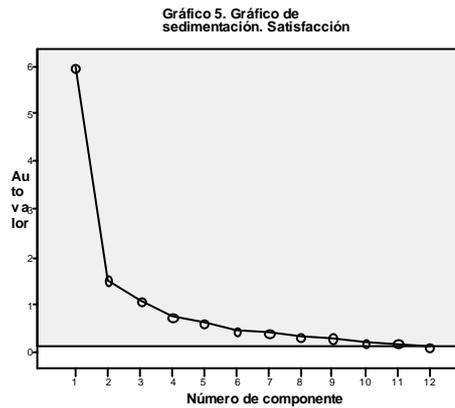
Se observa los tres componentes en la tabla de la varianza explicada (tabla 5.1). El primero de ellos explica, en la solución rotada, el 34,29% de la varianza total; el segundo el 18,68 %; y el tercero el 18,20 %.

	<b>Tabla 5.1.- Componentes. Varianza total explicada</b>			<b>Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación</b>		
	<b>Total</b>	<b>% de la varianza</b>	<b>% acumulado</b>	<b>Total</b>	<b>% de la varianza</b>	<b>% acumulado</b>
<b>1</b>	<b>5,949</b>	<b>49,576</b>	<b>49,576</b>	<b>4,115</b>	<b>34,29</b>	<b>34,294</b>
<b>2</b>	<b>1,515</b>	<b>12,628</b>	<b>62,203</b>	<b>2,242</b>	<b>18,68</b>	<b>52,976</b>
<b>3</b>	<b>1,078</b>	<b>8,980</b>	<b>71,183</b>	<b>2,185</b>	<b>18,20</b>	<b>71,183</b>

El análisis de la matriz de componentes rotados nos indica que la estructura de componentes principales extraídos del cuestionario de satisfacción laboral coincide con bastante exactitud con las dimensiones de dicho cuestionario (satisfacción ambiental –ítems 1 a 4; satisfacción con los supervisores –ítems 5 a 10; y satisfacción con las prestaciones –ítems 11 y 12) (tabla 5.2.)

Tabla 5.2.- Matriz de componentes rotados. Satisfacción laboral	Componente		
	1	2	3
6. La supervisión que ejercen sobre usted	,900	,174	,151
7. La proximidad y frecuencia con que es supervisado	,870	,182	,152
8. La forma en que sus superiores juzgan su tarea	,846	,166	,177
10. El apoyo que recibe de sus supervisores	,791	,118	,301
5. Las relaciones personales con sus superiores	,754	,182	,246
9. La igualdad y justicia de trato que recibe de su empresa	,566	,203	,514
3. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo	,170	,854	,122
2. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo	,186	,799	,105
4. La temperatura de su local de trabajo	,077	,655	,149
1. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar	,345	,437	,335
12. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales	,226	,182	,890
11. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y las leyes laborales	,280	,204	,860

En el gráfico de sedimentación (gráfico 5) se puede observar que sólo tres componentes tienen autovalores mayores que uno.



## 6.- Escala de Somnolencia de Epworth

### - Estadísticos

Tabla 6.- Somnolencia		
	Válidos	451
	Perdidos	6
<b>Media</b>		<b>6,54</b>
<b>Mediana</b>		<b>6,00</b>
<b>Moda</b>		<b>4,00</b>
<b>Desv. típ.</b>		<b>4,12</b>
<b>Varianza</b>		<b>16,97</b>
<b>Asimetría</b>		<b>,962</b>
<b>Error típ. de asimetría</b>		<b>,115</b>
<b>Curtosis</b>		<b>,989</b>
<b>Error típ. de curtosis</b>		<b>,229</b>
<b>Máximo Alfa de Cronbach</b>		<b>23,00</b>
<b>Nº elementos</b>		<b>13</b>

Gráfico 6.- Porcentaje.Somnolencia

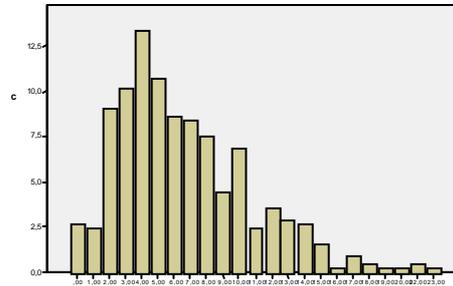


Tabla 6.1. -Frecuencias Somnolencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	257	56,2	57,0	57,0
	Ligera	163	35,7	36,1	93,1
	Moderada	26	5,7	5,8	98,9
	Grave	5	1,1	1,1	100,0
	Total	451	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	6	1,3		
Total		457	100,0		

Tabla 6.2.- Ítems de somnolencia		Sentado y leyendo	Sentado viendo la televisión	Sentado, inactivo en un lugar público	Como pasajero una hora seguida en el coche
N	Válidos	457	456	456	454
	Perdidos	0	1	1	3
Media		.86	1.36	.46	.72
Desv. típ.		.911	1.06	.713	.940
Varianza		.830	1.12	.508	.883
Asimetría		.905	.311	1.58	1.21
Error típ. de asimetría		.114	.114	.114	.115
Curtosis		.037	-1.12	2.17	.490
Error típ. de curtosis		.228	.228	.228	.229
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3

Tabla 6.2.- Ítems de somnolencia		Descansando por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	Sentado charlando con alguien	Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	En un coche, al pararse unos momentos el tráfico
N	Válidos	455	455	456	455
	Perdidos	2	2	1	2
Media		1.78	.13	1.14	.15
Desv. típ.		1.03	.455	.972	.466
Varianza		1.07	.207	.944	.217
Asimetría		-.241	4.16	.519	3.63
Error típ. de asimetría		.114	.114	.114	.114
Curtosis		-1.17	19.34	-.689	14.03
Error típ. de curtosis		.228	.228	.228	.228
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3

Tabla 6.3 Frecuencias Ítem 5.- Descansando por la tarde cuando las circunstancias lo permiten		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos	ausencia	59	12,9	13,0	13,0
	ligera	130	28,4	28,6	41,5
	moderada	120	26,3	26,4	67,9
	grave	146	31,9	32,1	100,0
	Total	455	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,4		
Total		457	100,0		

## 7.- Sintomatología psicósomática asociada al nivel de estrés

Tabla 7.- Síntomas psicósomáticos		N
	Válidos	446
	Perdidos	11
Media		29,33
Mediana		27,00
Moda		16,00
Desv. típ.		10,89
Varianza		118,78
Asimetría		,655
Error típ. de asimetría		,116
Curtosis		-,074
Error típ. de curtosis		,231
Mínimo		12,00
Máximo		66,00
Alfa de Cronbach		,864
Número elementos		12

Tabla 7.1.- Frecuencias. Síntomas. Psicósom.		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado	%
Válidos	nunca	63	13,8	14,1	14,1	
	raras veces	185	40,5	41,5	55,6	
	pocas veces	132	28,9	29,6	85,2	
						Sin sint.= 55,6
	algunas veces	56	12,3	12,6	97,8	
						AlgunOs sint.= 42,2
	Frecuent.	8	1,8	1,8	99,6	
	muy frecuent.	2	,4	,4	100,0	
						Frecuentes = 2,2
Total		446	97,6	100,0		100
Perdidos		11		2,4		

Items de Síntomas psicosomáticos		1. Imposibilidad de conciliar el sueño o dormir toda la noche	2. Jaquecas y dolores de cabeza	3. Indigestiones o molestias gastrointestinales	4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento
N	Válidos	454	457	455	454
	Perdidos	3	0	2	3
Media		2.49	2.77	2.69	3.36
Desv. típ.		1.42	1.49	1.51	1.45
Varianza		2.03	2.24	2.28	2.12
Asimetría		.843	.577	.582	.055
Error típ. de asimetría		.115	.114	.114	.115
Curtosis		-.311	-.808	-.746	-.944
Error típ. de curtosis		.229	.228	.228	.229
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		6	6	6	6
		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
N	Válidos	457	455	457	457
	Perdidos	0	2	0	0
Media		2.67	2.62	1.85	1.90
Desv. típ.		1.50	1.43	1.25	1.19
Varianza		2.26	2.06	1.56	1.42
Asimetría		.601	.571	1.369	1.31
Error típ. de asimetría		.114	.114	.114	.114
Curtosis		-.678	-.669	.757	1.04
Error típ. de curtosis		.228	.228	.228	.228
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		6	6	6	6
		9. Temblores musculares	10. Pinchazos o sensaciones dolorosas...	11. Tentaciones fuertes de no levantarse...	12. Tendencia a sudar o palpitaciones
N	Válidos	457	457	456	457
	Perdidos	0	0	1	0
Media		1.80	2.53	2.54	2.06
Desv. típ.		1.21	1.62	1.59	1.38
Varianza		1.48	2.64	2.53	1.92
Asimetría		1.56	.691	.730	1.25
Error típ. de asimetría		.114	.114	.114	.114
Curtosis		1.72	-.833	-.670	.541
Error típ. de curtosis		.228	.228	.228	.228
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		6	6	6	6

Tabla 7.3. Frec. ítem 4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	51	11,2	11,2	11,2
	raras veces	99	21,7	21,8	33,0
	pocas veces	81	17,7	17,8	50,9
	algunas veces	118	25,8	26,0	76,9
	con fr.	69	15,1	15,2	92,1
	mucha fr.	36	7,9	7,9	100,0
	Total	454	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,7		
Total		457	100,0		

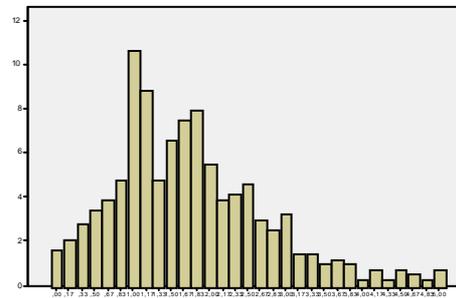
Tabla 7.4.- Frecuencias ítem 9. Temblores musculares		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos	nunca	272	59,5	59,5	59,5
	raras veces	89	19,5	19,5	79,0
	pocas veces	36	7,9	7,9	86,9
	algunas veces	42	9,2	9,2	96,1
	con fr.	10	2,2	2,2	98,2
	mucha fr.	8	1,8	1,8	100,0
	Total	457	100,0	100,0	

**- Cuestionario MBI-GS (Burnout)**

**8.- Dimensión correspondiente al factor “eficacia profesional” (ítems 5,7,10,11,12 y 16)**

Tabla 8. Frecuencias Burnout, Eficacia profesional (EP)		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos	nunca	28	6,1	6,3	6,3
	casi nunca	160	35,0	36,3	42,6
	algunas veces	156	34,1	35,4	78,0
	regularmente	70	15,3	15,9	93,9
	bastantes veces	18	3,9	4,1	98,0
	casi siempre siempre	9	2,0	2,0	100,0
	Total	441	96,5	100,0	
Perdidos	Sistema	16	3,5		
Total		457	100,0		

**Gráfico 8.** Porcentaje Burnout, Eficacia profesional (MBI\_EP)



<b>Tabla 8.1.- Items Burnout , Eficacia profesional. (MBI-EP)</b>		<b>5. Puedo resolver de manera eficaz los los problemas que surgen en mi trabajo</b>	<b>7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización</b>	<b>10. En mi opinión soy bueno en mi puesto</b>
<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>453</b>	<b>452</b>	<b>450</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
<b>Media</b>		<b>1.65</b>	<b>1.84</b>	<b>1.54</b>
<b>Desv. típ.</b>		<b>1.34</b>	<b>1.49</b>	<b>1.19</b>
<b>Varianza</b>		<b>1.81</b>	<b>2.23</b>	<b>1.41</b>
<b>Asimetría</b>		<b>1.13</b>	<b>.796</b>	<b>.956</b>
<b>Error típ. de asimetría</b>		<b>.115</b>	<b>.115</b>	<b>.115</b>
<b>Curtosis</b>		<b>.932</b>	<b>-.073</b>	<b>.727</b>
<b>Error típ. de curtosis</b>		<b>.229</b>	<b>.229</b>	<b>.230</b>
<b>Mínimo</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo</b>	<b>12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto</b>	<b>16. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas</b>
<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>456</b>	<b>455</b>	<b>454</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Media</b>		<b>1.32</b>	<b>2.50</b>	<b>1.47</b>
<b>Mediana</b>		<b>1.00</b>	<b>2.00</b>	<b>1.00</b>
<b>Desv. típ.</b>		<b>1.46</b>	<b>1.59</b>	<b>1.34</b>
<b>Varianza</b>		<b>2.15</b>	<b>2.53</b>	<b>1.81</b>
<b>Asimetría</b>		<b>1.17</b>	<b>.435</b>	<b>1.28</b>
<b>Error típ. de asimetría</b>		<b>.114</b>	<b>.114</b>	<b>.115</b>
<b>Curtosis</b>		<b>.651</b>	<b>-.617</b>	<b>1.52</b>
<b>Error típ. de curtosis</b>		<b>.228</b>	<b>.228</b>	<b>.229</b>
<b>Mínimo</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

Tabla 8.2. Frecuencias ítem 11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos	nunca	170	37,2	37,3	37,3
	casi nunca	131	28,7	28,7	66,0
	algunas veces	72	15,8	15,8	81,8
	regularmente	32	7,0	7,0	88,8
	bastantes veces	28	6,1	6,1	95,0
	casi siempre	19	4,2	4,2	99,1
	siempre	4	,9	,9	100,0
	Total	456	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		457	100,0		

Tabla 8.3. Frecuencias ítem 12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos	nunca	39	8,5	8,6	8,6
	casi nunca	92	20,1	20,2	28,8
	algunas veces	140	30,6	30,8	59,6
	regularmente	49	10,7	10,8	70,3
	bastantes veces	79	17,3	17,4	87,7
	casi siempre	35	7,7	7,7	95,4
	siempre	21	4,6	4,6	100,0
	Total	455	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,4		
Total		457	100,0		

### 9.- Dimensión correspondiente al factor “agotamiento emocional” (ítems 1, 2, 3, 4 y 6)

Tabla 9. Frecuencias Burnout, Agotamiento emocional (MBI-AE)		Frecuencias N	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos	nunca	41	9,0	9,1	9,1
	casi nunca	144	31,5	32,0	32
	algunas veces	134	29,3	29,8	10
	regularmente	72	15,8	16,0	35,8
	bastantes veces	38	8,3	8,4	8,4
	casi siempre y siempre	21	4,6	4,7	4 0,7
	Total	450	98,5	100,0	100
Perdidos	Sistema	7	1,5		
Total		457	100,0		

**Gráfico 9.-** Porcentaje, Burnout, Agotamiento emocional (MBL\_AE)

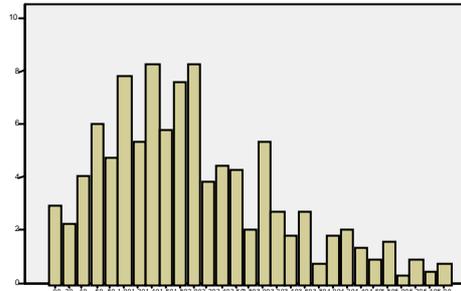


Tabla 9.1. Items burnout Agotamiento emocional		1.Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	2. Estoy consumido al final de un día de trabajo	3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana	4. Trabajar todo el día es una tensión para mí	6. Estoy quemado por el trabajo
N	Válidos	455	456	455	454	457
	Perdidos	2	1	2	3	0
	Media	2,05	2,30	1,89	1,75	1,93
	Mediana	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
	Desv. típ.	1,41	1,47	1,42	1,50	1,55
	Varianza	2,00	2,17	2,03	2,25	2,42
	Asimetría	,755	,681	,906	,903	,789
	Error típ. de asimetría	,114	,114	,114	,115	,114
	Curtosis	,253	-,192	,567	,267	,006
	Error típ. de curtosis	,228	,228	,228	,229	,228
	Mínimo	0	0	0	0	0
	Máximo	6	6	6	6	6

<b>Tabla 9.2. Frecuencias ítem 2. Estoy consumido al final de un día de trabajo</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	nunca	34	7,4	7,5	7,5
	casi nunca	105	23,0	23,0	30,5
	algunas veces	172	37,6	37,7	68,2
	regularmente	43	9,4	9,4	77,6
	bastantes veces	51	11,2	11,2	88,8
	casi siempre	39	8,5	8,6	97,4
	siempre	12	2,6	2,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>99,8</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	,2		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

<b>Tabla 9.3. Frecuencias Ítem 4.- Trabajar todo el día es una tensión para mí</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	nunca	98	21,4	21,6	21,6
	casi nunca	130	28,4	28,6	50,2
	algunas veces	125	27,4	27,5	77,8
	regularmente	29	6,3	6,4	84,1
	bastantes veces	44	9,6	9,7	93,8
	casi siempre	18	3,9	4,0	97,8
	siempre	10	2,2	2,2	100,0
	<b>Total</b>	<b>454</b>	<b>99,3</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	3	,7		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

**10.- Dimensión correspondiente al factor “cinismo” (ítems 8,9,13,14 y 15)**

<b>Tabla 10. Frecuencias. Burnout, Cinismo MBI-CI)</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	nunca	70	15,3	15,6	15,6
	casi nunca	156	34,1	34,8	50,4
	algunas veces	119	26,0	26,6	77,0
	regularmente	59	12,9	13,2	90,2
	bastantes veces	27	5,9	6,0	96,2
	casi siempre y siempre	17	3,7	3,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>448</b>	<b>98,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	9	2,0		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

**Gráfico 10. Porcentaje Burnout, Cinismo (MBI\_C)**

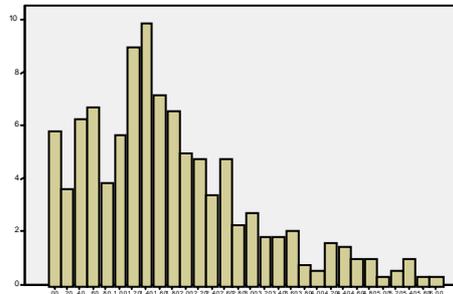


Tabla 10.1.- Items Burnout, Cinismo		8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	13. Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado
N	Válidos	454	454	452
	Perdido	3	3	5
Media		1.35	1.47	2.72
Desv. típ.		1.45	1.52	1.96
Varianza		2.11	2.32	3.84
Asimetría		1.20	1.06	.278
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115
Curtosis		.899	.454	-1.18
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0
Máximo		6	6	6
		14. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	15. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	
N	Válidos	455	453	
	Perdido	2	4	
Media		1.63	1.45	
Desv. típ.		1.66	1.62	
Varianza		2.76	2.63	
Asimetría		1.01	1.09	
Error típ. de asimetría		.114	.115	
Curtosis		.115	.313	
Error típ. de curtosis		.228	.229	
Mínimo		0	0	
Máximo		6	6	

<b>Tabla 10.2 Frecuencias ítem 13 Quiero hacer mi trabajo y no ser molesto</b>		<b>Frecu encia</b>	<b>Porce ntaje</b>	<b>Porcen taje válido</b>	<b>Porcen taje acumu lado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Válid os</b>	<b>nunca</b>	<b>62</b>	<b>13,6</b>	<b>13,7</b>	<b>13,7</b>		
	<b>casi nunca</b>	<b>91</b>	<b>19,9</b>	<b>20,1</b>	<b>33,8</b>	<b>Nunca o casi nunca 153</b>	<b>33,8</b>
	<b>algunas veces</b>	<b>88</b>	<b>19,3</b>	<b>19,5</b>	<b>53,3</b>		
	<b>regularm ente</b>	<b>47</b>	<b>10,3</b>	<b>10,4</b>	<b>63,7</b>	<b>Regula rmente 135</b>	<b>29,9</b>
	<b>bastante s veces</b>	<b>53</b>	<b>11,6</b>	<b>11,7</b>	<b>75,4</b>		
	<b>casi siempre</b>	<b>58</b>	<b>12,7</b>	<b>12,8</b>	<b>88,3</b>		
	<b>siempre</b>	<b>53</b>	<b>11,6</b>	<b>11,7</b>	<b>100,0</b>	<b>Bastan te, sie mpre 164</b>	<b>36,3</b>
	<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>98,9</b>	<b>100,0</b>			
<b>Perdi dos</b>	<b>Sistema</b>	<b>5</b>	<b>1,1</b>				
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>				

**Tabla 10.3. Frecuencias ítem 8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	N	%
Válidos	nunca	157	34,4	34,6	34,6		
	casi nunca	135	29,5	29,7	64,3	Nunca, casi nunca= 292	64,3
	algunas veces	87	19,0	19,2	83,5		
	regularmente	20	4,4	4,4	87,9	Hasta regularmente= 107	23,6
	bastante veces	36	7,9	7,9	95,8		
	casi siempre	12	2,6	2,6	98,5	Hasta casi siempre, siempre= 55	12,1
	siempre	7	1,5	1,5	100,0		
	Total	454	99,3	100,0			
Perdidos	Sistema	3	,7				
Total		457	100,0				

**11.- Resultados de MBI\_GS Total, valorando de forma inversa los ítems de “eficacia profesional” (5,7,10,11,12 y 16)**

**-Estadísticos Satisfacción total y subescalas**

**Tabla 11. MBI total y dimensiones.**

		MBI-total	MBI-AE	MBI-CI	MBI-EP
N	Válidos	430	450	448	441
	Perdidos	27	7	9	16
Media		2,76	1,97	1,73	1,72
Desv. típ.		0,72	1,25	1,23	,985
Error típ. de asimetría		,118	,115	,115	,116
Curtosis		,027	,208	,642	,706
Error típ. de curtosis		,235	,230	,230	,232
Mínimo		,13	,00	,00	1,00
Máximo		4,88	6,00	6,00	6,00
Alfa de Cronbach		,863	,905	,801	,788
N de elementos		17	5	5	6

Gráfico 11.- Porcentaje MBI\_total

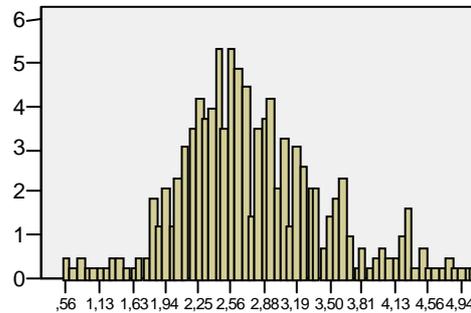


Tabla 11.1.-Frecuencias MBI Total		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	casi nunca	11	2,4	2,6	2,6
	algunas veces	147	32,2	34,2	36,7
	regularmente	206	45,1	47,9	84,7
	bastantes veces	57	12,5	13,3	97,9
	casi siempre	9	2,0	2,1	100,0
	<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>94,1</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos	Sistema	27	5,9		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

## 12.- Análisis factorial del cuestionario MBI-GS (burnout)

Aplicamos el método de componentes principales con rotación Varimax. El análisis de los supuestos necesarios para la aplicación de esta técnica fue el siguiente:

- El determinante de la matriz de correlaciones es 0, lo que indica el alto grado de intercorrelación entre las variables. La prueba de esfericidad de Barlett permite contrastar la

existencia de correlación entre las variables ( $X^2(120)=374,41$ ;  $p=0,000$ ). El estadístico KMO (0,864), indica una buena adecuación de la muestra a esta prueba (tabla 12).

Tabla 12.- KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,864
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	37,40
	gl	120
	Sig.	,000

Los tres componentes explican el 62,44 % de la varianza total. El primer componente explica el 25,18 % en la solución rotada; el segundo, el 19,12 %, y el tercero explica el 18,13%. (tabla 12.1)

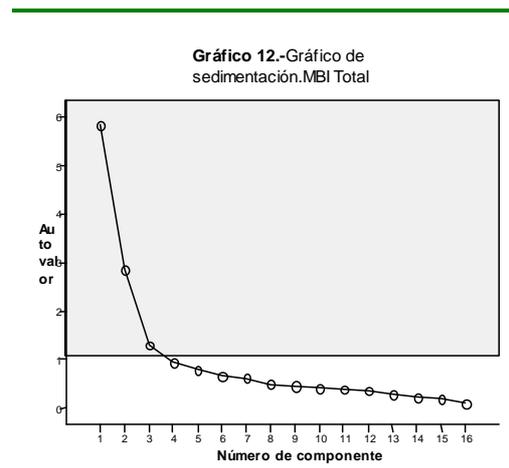
Componentes	Tabla.- 12.1.- Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,82	36,40	36,40	4,02	25,18	25,18
2	2,86	17,88	54,29	3,06	19,12	44,30
3	1,30	8,149	62,44	2,90	18,13	62,44

En la matriz de componentes rotados podemos comprobar cómo estos tres componentes concuerda fielmente con las tres dimensiones del cuestionario. El primer componente formado por los ítems 1, 2, 3, 4 y 6 coincide con la dimensión de agotamiento emocional; el segundo componente, formado por los ítems 5, 7, 10, 11, 12 y 16 es

exactamente igual a la dimensión eficacia profesional, y el tercer componente (ítems 8, 9, 13, 14 y 15) es la réplica de la tercera dimensión denominada “cinismo” (tabla 12.2.)

Tabla 12.2. matriz componentes rotados	Componentes		
	1	2	3
2. Estoy consumido al final de un día de trabajo	,855	-,059	,166
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi trabajo	,835	,051	,205
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí	,835	,090	,084
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	,826	,048	,294
6. Estoy quemado por el trabajo	,713	,031	,485
16. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	,052	,807	-,075
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	,017	,790	-,188
5. Puedo resolver de manera eficaz los los problemas que surgen en mi trabajo	-,072	,710	,033
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	,115	,684	,184
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	-,039	,657	,151
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	,256	,512	,249
14. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	,259	,062	,754
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	,481	,156	,694
13. Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado	-,005	-,103	,663
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	,486	,158	,663
15. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	,301	,194	,642

Así mismo, el análisis de los componentes principales nos muestra, en el gráfico de sedimentación, tres componentes con autovalores mayores que uno (gráfico 12).



**13. - Bienestar psicológico. Estadísticos y estadísticos de fiabilidad (síntomas somáticos, angustia e insomnio, disfunción social y depresión grave.**

<b>Tabla 13. Cuestionario bienestar psicológico y sus dimensiones</b>		<b>GHQ_A (sint.so máticos)</b>	<b>GHQ_B (ang.e insom.)</b>	<b>GHQ_C (disfunc. social)</b>	<b>GHQ_D (depresi. grave)</b>	<b>GHQ_TOTAL (bienestar psic. Total)</b>
<b>N</b>	<b>Válidos</b>	450	449	451	445	438
	<b>Perdidos</b>	7	8	6	12	19
<b>Media</b>		<b>6,61</b>	<b>6,10</b>	<b>7,24</b>	<b>1,77</b>	<b>21,75</b>
<b>Desv. típ.</b>		<b>4,26</b>	<b>4,22</b>	<b>2,40</b>	<b>3,15</b>	<b>11,35</b>
<b>Asimetría</b>		<b>,898</b>	<b>,681</b>	<b>,890</b>	<b>2,85</b>	<b>1,14</b>
<b>Error típ. de asimetría</b>		<b>,115</b>	<b>,115</b>	<b>,115</b>	<b>,116</b>	<b>,117</b>
<b>Curtosis</b>		<b>,657</b>	<b>,130</b>	<b>,230</b>	<b>9,71</b>	<b>1,59</b>
<b>Error típ. de curtosis</b>		<b>,230</b>	<b>,230</b>	<b>,229</b>	<b>,231</b>	<b>,233</b>
<b>Mínimo</b>		<b>,00</b>	<b>,00</b>	<b>,00</b>	<b>,00</b>	<b>,00</b>
<b>Máximo</b>		<b>21,00</b>	<b>20,00</b>	<b>18,00</b>	<b>21,00</b>	<b>74,00</b>
<b>Alfa de Cronbach (estad. fiabil.)</b>		<b>,888</b>	<b>,893</b>	<b>,785</b>	<b>,905</b>	<b>,936</b>
<b>N de elementos</b>		<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>28</b>

- **Bienestar psicológico, “Síntomas Somáticos”**

**Gráfico 13.** Porcentaje Bienestar psicológico. Síntomas somáticos (GHQ\_A)

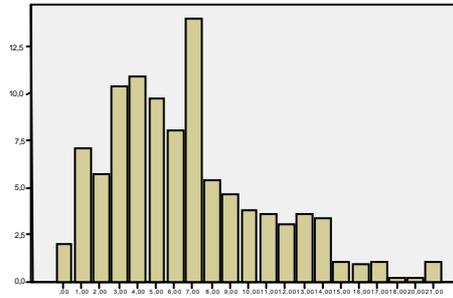


Tabla 13.1.- Frecuencias. Síntomas somáticos (GHQ.A)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no hay	114	24,9	25,3	25,3
	sí hay	336	73,5	74,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>98,5</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos	Sistema	7	1,5		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 13.2.- Items Bienestar psicológico "síntomas somáticos"		1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconst.?	3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
N	Válidos	453	453	450	453
	Perdidos	4	4	7	4
Media		1.32	.96	1.09	.81
Desv. típ.		.668	.835	.796	.837
Varianza		.447	.697	.634	.701
Asimetría		.697	.518	.345	.697
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	.115
Curtosis		.528	-.417	-.350	-.409
Error típ. de curtosis		.229	.229	.230	.229
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3
		5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	
N	Válidos	453	453	453	
	Perdidos	4	4	4	
Media		.99	.81	0.65	
Desv. típ.		.783	.825	.783	
Varianza		.613	.681	.613	
Asimetría		.623	.816	.922	
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	
Curtosis		.231	.084	-.052	
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		3	3	3	

Tabla 13.3.- Frecuencias ítem 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mejor que lo habitual	26	5,7	5,7	5,7
	Igual que lo habitual	284	62,1	62,7	68,4
	Peor que lo habitual	117	25,6	25,8	94,3
	Mucho peor que lo habitual	26	5,7	5,7	100,0
	Total	453	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,9		
Total		457	100,0		

Tabla 13.4. Frecuencias ítem 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No en absoluto	237	51,9	52,3	52,3
	No más que lo habitual	145	31,7	32,0	84,3
	Bastante más que lo habitual	63	13,8	13,9	98,2
	Mucho más que lo habitual	8	1,8	1,8	100,0
	Total	453	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,9		
Total		457	100,0		

## 14.- Bienestar psicológico, “Angustia - Insomnio”

Gráfico 14. Porcentaje, Bienestar psicológico. Angustia - Insomnio (GHQ\_B)

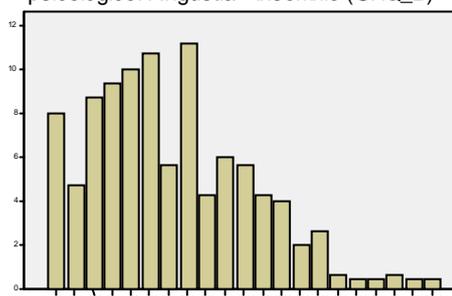


Tabla 14. Bienestar psicológico. Frecuencias. GHQ-B "angustia – insomnio"		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no hay	138	30,2	30,7	30,7
	sí hay	311	68,1	69,3	100,0
	Total	449	98,2	100,0	
Perdidos	Sistema	8	1,8		
Total		457	100,0		

Tabla 14.1. Items Bienestar psicológico, Angustia – insomnio		1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón?	3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?	4. Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado
N	Válidos	454	453	452	453
	Perdidos	3	4	5	4
Media		.98	.99	1.07	1.12
Desv. típ.		.746	.791	.775	.802
Varianza		.556	.626	.600	.643
Asimetría		.446	.389	.305	.302
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	.115
Curtosis		-.028	-.428	-.362	-.419
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3
		5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?	6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	7. ¿Se ha notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?	
N	Válidos	453	452	453	
	Perdidos	4	5	4	
Media		.40	.65	.89	
Desv. típ.		.625	.799	.844	
Varianza		.391	.639	.712	
Asimetría		1.531	.990	.664	
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	
Curtosis		2.133	.144	-.260	
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		3	3	3	

**Tabla 14.2. Frecuencia ítem 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No en absoluto	102	22,3	22,5	22,5
	No más que lo habitual	216	47,3	47,7	70,2
	Bastante más que lo habitual	115	25,2	25,4	95,6
	Mucho más que lo habitual	20	4,4	4,4	100,0
	Total	453	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,9		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 14.4.- Frecuencias ítem 5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No en absoluto	302	66,1	66,7	66,7
	No más que lo habitual	125	27,4	27,6	94,3
	Bastante más que lo habitual	22	4,8	4,9	99,1
	Mucho más que lo habitual	4	,9	,9	100,0
	Total	453	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,9		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

## 15.- Bienestar psicológico, “Disfunción Social” (GHQ-C)

**Tabla 15.** Porcentaje Bienestar psicológico. Disfunción social (GHQ\_C)

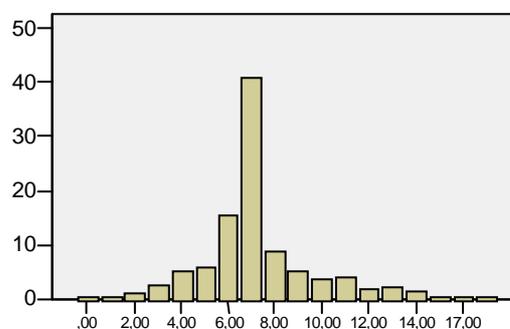


Tabla 15. Frecuencias Bienestar Psicológico, Disfunción social		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no hay	20	4,4	4,4	4,4
	sí hay	431	94,3	95,6	100,0
	Total	451	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	6	1,3		
Total		457	100,0		

Tabla 15.1.- Items Bienestar psicológico, “Disfunción social”		1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?	2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas bien?
N	Válidos	453	453	453	453
	Perdidos	4	4	4	4
Media		1.00	1.14	1.04	1.02
Desv. típ.		.574	.470	.405	.558
Varianza		.330	.221	.164	.311
Asimetría		.775	.832	.723	.393
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	.115
Curtosis		2.790	2.063	4.848	1.548
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3
		5. ¿Ha sentido que está desempeñado un papel útil en la vida?	6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	
N	Válidos	452	452	453	
	Perdidos	5	5	4	
Media		1.00	.92	1.12	
Desv. típ.		.529	.484	.596	
Varianza		.279	.234	.356	
Asimetría		.633	-.079	.459	
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	
Curtosis		3.025	1.715	1.040	
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		3	3	3	

Tabla 15.2.- Frecuencias ítem . 2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos tiempo	19	4,2	4,2	4,2
	= habitual	353	77,2	77,9	82,1
	más tiempo	78	17,1	17,2	99,3
	mucho mas tiempo	3	,7	,7	100,0
	Total	453	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,9		
Total		457	100,0		

Tabla 15.3.- Frecuencias ítem 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	más habitual	70	15,3	15,5	15,5
	= habitual	347	75,9	76,8	92,3
	menos	34	7,4	7,5	99,8
	mucho menos	1	,2	,2	100,0
	Total	452	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,1		
Total		457	100,0		

## 16.- Bienestar psicológico “Depresión Grave” (GHQ-D)

Tabla 16. Porcentaje, Bienestar psicológico. Depresión grave (GHQ\_D)

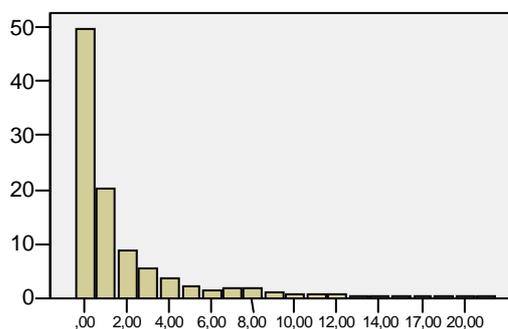


Tabla 16. Frecuencias Bienestar psicológico "depresión grave" (GHQ-D)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no hay	375	82,1	84,3	84,3
	sí hay	70	15,3	15,7	100,0
	Total	445	97,4	100,0	
Perdidos	Sistema	12	2,6		
Total		457	100,0		

Tabla 16.1.- Items Bienestar psicológico, "depresión grave" (GHQ-D)		1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?	2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?	3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
N	Válidos	452	452	453	453
	Perdidos	5	5	4	4
Media		.31	.27	.23	.18
Desv. típ.		.605	.577	.547	.547
Varianza		.366	.333	.299	.299
Asimetría		1.961	2.272	2.680	3.261
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	.115
Curtosis		3.379	4.850	7.845	10.451
Error típ. de curtosis		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3
		5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados ?	6. ¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?	7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	
N	Válidos	448	453	454	
	Perdidos	9	4	3	
Media		.50	.15	.13	
Desv. típ.		.692	.467	.475	
Varianza		.479	.218	.225	
Asimetría		1.331	3.492	3.866	
Error típ. de asimetría		.115	.115	.115	
Curtosis		1.459	12.419	14.982	
Error típ. de curtosis		.230	.229	.229	
Mínimo		0	0	0	
Máximo		3	3	3	

Tabla 16.2.- Frecuencias ítem 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No en absoluto	269	58,9	60,0	60,0
	No más que lo habitual	142	31,1	31,7	91,7
	Bastante más que lo habitual	30	6,6	6,7	98,4
	Mucho más que lo habitual	7	1,5	1,6	100,0
	Total	448	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	9	2,0		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 16.3.- Frecuencias ítem 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	claramente no	416	91,0	91,6	91,6
	me parece no	19	4,2	4,2	95,8
	mente	16	3,5	3,5	99,3
	lo he pensado	3	,7	,7	100,0
	Total	454	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,7		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

## 17.- Bienestar psicológico (GHQ Total)

Gráfico 17.- Porcentaje, Bienestar psicológico (GHQ\_TOTAL)

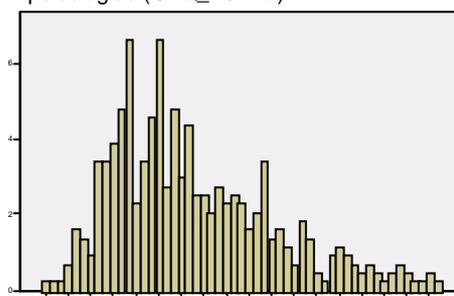


Tabla 17.- Bienestar psicológico(GHQ Total)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	1	,2	,2	,2
	2,00	1	,2	,2	,5
	4,00	1	,2	,2	,7
	5,00	3	,7	,7	1,4
	6,00	7	1,5	1,6	3,0
	7,00	6	1,3	1,4	4,3
	8,00	4	,9	,9	5,3
	9,00	15	3,3	3,4	8,7
	10,00	15	3,3	3,4	12,1
	11,00	17	3,7	3,9	16,0
	12,00	21	4,6	4,8	20,8
	13,00	29	6,3	6,6	27,4
	14,00	10	2,2	2,3	29,7
	15,00	15	3,3	3,4	33,1
	16,00	20	4,4	4,6	37,7
	17,00	29	6,3	6,6	44,3
	18,00	12	2,6	2,7	47,0
	19,00	21	4,6	4,8	51,8
	20,00	13	2,8	3,0	54,8
	21,00	19	4,2	4,3	59,1
	22,00	11	2,4	2,5	61,6
	23,00	11	2,4	2,5	64,2
	24,00	9	2,0	2,1	66,2
	25,00	12	2,6	2,7	68,9
	26,00	10	2,2	2,3	71,2
	27,00	11	2,4	2,5	73,7
	28,00	10	2,2	2,3	76,0
	29,00	7	1,5	1,6	77,6
	30,00	9	2,0	2,1	79,7
	31,00	15	3,3	3,4	83,1
	32,00	6	1,3	1,4	84,5
	33,00	7	1,5	1,6	86,1
	34,00	5	1,1	1,1	87,2
	35,00	3	,7	,7	87,9
	36,00	8	1,8	1,8	89,7
	37,00	6	1,3	1,4	91,1
	38,00	2	,4	,5	91,6
	39,00	1	,2	,2	91,8
	40,00	4	,9	,9	92,7
	41,00	5	1,1	1,1	93,8
	43,00	4	,9	,9	94,7
	44,00	3	,7	,7	95,4

	46,00	2	,4	,5	95,9
	47,00	3	,7	,7	96,6
	48,00	2	,4	,5	97,0
	50,00	1	,2	,2	97,3
	51,00	2	,4	,5	97,7
	52,00	3	,7	,7	98,4
	54,00	2	,4	,5	98,9
	55,00	1	,2	,2	99,1
	59,00	1	,2	,2	99,3
	63,00	2	,4	,5	99,8
	74,00	1	,2	,2	100 =95,7%
	<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>95,8</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	<b>19</b>	<b>4,2</b>		
<b>Total</b>		<b>457</b>	<b>100,0</b>		

### **18.- Análisis factorial cuestionario Bienestar Psicológico**

Como muestran los siguientes indicadores, la muestra es adecuada para la aplicación de esta técnica:

- En primer lugar, el determinante de la matriz de correlaciones, cuyo valor (1,27E-008) nos confirma el alto grado de intercorrelación entre las variables.

- La prueba de esfericidad de Barlett nos permite comprobar que el grado de correlación entre las variables es significativo:  $X^2(378)=7760,513$ ;  $p=0,000$ .

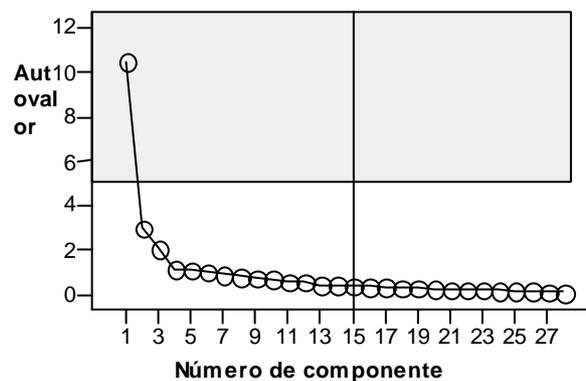
El estadístico KMO, con un valor de 0,919, muy cercano a la unidad, nos indica la adecuación de la muestra a la técnica del análisis factorial (tabla 18)

Tabla 18. KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,919
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	7760,513
	gl	378
	Sig.	,000

Respecto a la extracción de los componentes principales, el gráfico de sedimentación nos permite apreciar la existencia de cuatro componentes principales con autovalores mayores que uno (gráfico 18).

- Gráfico de sedimentación

**Gráfico 3.**  
Gráfico de sedimentación



El porcentaje de varianza total explicado por las cuatro dimensiones es de 59,69%. En la solución rotada el primer componente explica el 16,23% de la varianza; el segundo

componente explica el 15,93; el tercero, el 15,44 y el cuarto, el 12,08 %. (tabla 18.1.)

**Tabla 18.1.- Varianza total explicada**

Com pone ntes	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	10,475	37,410	37,410	4,545	16,23	16,231
2	2,989	10,675	48,085	4,462	15,93	32,165
3	2,081	7,432	55,518	4,325	15,44	47,611
4	1,170	4,180	59,698	3,384	12,08	59,698

Mediante la matriz de componentes rotados, se puede extraer la composición de cada una de las dimensiones (tabla 18.2.).

En el primer componente podemos ver cómo los ítems d6, d7, d4, d3, d2 y d1 son los de mayor carga, lo cual coincide con bastante similitud con la teoría del autor que incluye estos ítems en la dimensión “depresión grave”. Aunque a diferencia de los resultados originales del cuestionario, en nuestra muestra, el ítem d5 “¿ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?”, muestra mayor carga en el componente tercero.

El segundo componente está formado por los ítems a3, a4, a1, a2, a5, a6 y a7, coincidiendo con la primera dimensión del autor, “síntomas somáticos”.

El tercer componente está formado por los ítems b7, b4, b6, b3, b5, b1, d5 y b2. Todos estos ítems se refieren a la dimensión que denomina el autor “angustia/insomnio”, como un sentimiento de angustia, nerviosismo o ansiedad. No obstante, se incorpora el ítem d5 que en los resultados del cuestionario original, como decíamos anteriormente, se incluye en la dimensión “depresión grave”, ya que alude claramente al sentimiento de angustia que describe.

El cuarto componente está formado por los ítems c4, c6, c5, c3, c7, c2 y c1, que aluden a la realización de una actividad satisfactoria. Estos ítems forman parte de la subescala “disfunción social”, coincidiendo con el autor.

<b>Tabla 18.2.- Matriz de componentes rotados(a).</b>				
<b>Método de extracción: Análisis de componentes principales.</b>				
<b>Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.</b>				
<b>Cuestionario bienestar psicológico</b>	<b>Componente</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d6. ¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?	,864	,160	,112	,058
d7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	,843	,135	,132	,050
d4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	,831	,143	,105	-,025
d3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	,816	,059	,171	,220
d2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?	,761	,087	,251	,251
d1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?	,612	,118	,131	,335
a3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	,095	,753	,317	,243
a4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	,203	,731	,283	,255
a2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	,162	,720	,252	,246
a1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	,133	,694	,188	,319
a5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	,099	,627	,318	-,039
a6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	,109	,619	,410	-,063
a7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	,176	,564	,344	-,006
b7. ¿Se ha notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?	,199	,274	,755	,166

<b>(Sigue tabla 18.2)</b>	<b>Compone nte 1</b>	<b>Compone nte 2</b>	<b>Compone nte 3</b>	<b>Compone nte 4</b>
<b>b4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b>	,088	,374	,721	,178
<b>b6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b>	,302	,282	,713	,165
<b>b3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?</b>	,096	,448	,660	,207
<b>b5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?</b>	,263	,182	,612	,093
<b>b1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b>	,099	,383	,567	,184
<b>d5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b>	,507	,156	,541	,168
<b>b2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón?</b>	,057	,364	,528	,220
<b>c4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas bien?</b>	,130	,124	,194	,723
<b>c6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b>	,174	,058	-,019	,709
<b>c5. ¿Ha sentido que está desempeñado un papel útil en la vida?</b>	,158	-,069	,300	,692
<b>c3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b>	,116	,070	,229	,636
<b>c7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b>	,166	,312	,142	,604
<b>c2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b>	,138	,373	,080	,438
<b>c1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?</b>	-,107	,281	-,003	,385

**19.- Tablas con los datos estadísticos de las variables sociodemográficas y sociolaborales (tablas 19 y 19.1.). Datos estadísticos de las variables psicosociales (tablas 19.2. y 19.3.)**

**Variables sociodemográficas y sociolaborales (1)**

Tabla 19.-	Edad	Género	Tipo de contrato	Tipo de horario	Tipo de jornada	Trabajo a turnos	¿Realiza guardias?	Antig. puest o	Antig. empr esa	est ci vil	proce denci a
N Válidos	451	457	409	394	404	445	405	445	440	455	457
Perdidos	6	0	48	63	53	12	52	12	17	2	0
Media	40,19	1,71	1,22	1,83	1,04	1,33	1,64	12,14	16,90	1,89	1,28
Mediana	41,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	10,00	15,00	2,00	1,00
Moda	45	2	1	1	1	1	2	5,00	10,00	2,00	1,00
Desv. típ.	8,27	,453	,522	,967	,224	,472	,479	8,61	9,19	,552	,450
Varianza	68,43	,205	,272	,935	,050	,222	,230	74,18	84,54	,305	,203
Asimetría	-,019	-,947	2,397	,346	5,832	,713	-,606	,776	,131	-,049	,971
Error típ. de asimetría	,115	,114	,121	,123	,121	,116	,121	,116	,116	,114	,114
Curtosis	-,898	-1,10	4,74	-1,84	37,07	-1,49	-1,64	-,344	-1,08	,152	-1,06
Error típ. de curtosis	,229	,228	,241	,245	,242	,231	,242	,231	,232	,228	,228
Mínimo	22	1	1	1	1	1	1	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo	63	2	3	3	3	2	2	35,00	35,00	3,00	2,00

**- Variables sociodemográficas y sociolaborales (2)**

Tabla 19.1.-		¿Actividades de formación?	asistencia cursos de formación	asistencia a congresos	sesiones de actualización	sesiones clínicas	¿Ha estado de baja?	Motivo 1ª baja	Duración 1ª baja	Motivo 2ª baja	Duración 2ª baja	Motivo 3ª baja	Duración 3ª baja
N	Válidos	457	457	457	457	457	452	457	121	457	26	457	7
	Perdidos	0	0	0	0	0	5	0	336	0	431	0	450
Media		1,34	1,42	1,67	1,75	1,82	1,72		45,59		33,38		29,00
Mediana		1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00		20,00		14,50		10,00
Moda		1	1	2	2	2	2		3		3		5
Desv. típ.		,473	,493	,472	,433	,382	,449		77,28		72,76		33,14
Varianza		,224	,243	,222	,188	,146	,201		59,29		52,24		10,66
Asimetría		,692	,343	-,713	-1,16	,169	-,990		4,01		4,01		1,37
Error típ. de asimetría		,114	,114	,114	,114	,114	,115		,220		,456		,794
Curtosis		-1,52	-1,89	-1,49	-,653	,880	-1,02		19,97		17,46		,668
Error típ. de curtosis		,228	,228	,228	,228	,228	,229		,437		,887		1,58
Mínimo		1	1	1	1	1	1		1		3		5
Máximo		2	2	2	2	2	2		545		360		90

- Variables psicosociales (1)

Tabla 19.2.- Satisfac.total		satis s uper	satis a mbie	satis p resta	Somno lencia	Sintom as_psic osoma	MBI to tal	MBI A E	MBI CI	MBI E P	
N	Válidos	435	449	446	450	451	446	430	450	448	441
	Perdidos	22	8	11	7	6	11	27	7	9	16
	Media	4,50	4,89	4,05	4,17	6,54	29,33	2,76	1,97	1,73	1,72
	Mediana	4,58	5,00	4,00	4,00	6,00	27,00	2,62	1,80	1,40	1,66
	Moda	5,00	6,00	3,50	4,00	4,00	16,00	2,44(a)	1,40(a)	1,40	1,00
	Desv. típ.	1,06	1,25	1,22	1,45	4,12	10,89	,723	1,25	1,23	,985
	Varianza	1,12	1,56	1,51	2,12	16,97	11,78	,523	1,58	1,52	,971
	Asimetría	-,352	-,710	,074	-,258	,962	,655	,457	,771	,932	,822
	Error típ. de asimetría	,117	,115	,116	,115	,115	,116	,118	,115	,115	,116
	Curtosis	-,093	,311	-,932	-,588	,989	-,074	,988	,208	,642	,706
	Error típ. de curtosis	,234	,230	,231	,230	,229	,231	,235	,230	,230	,232
	Mínimo	1,33	1,00	1,50	1,00	,00	12,00	,56	,00	,00	,00
	Máximo	7,00	7,00	7,00	7,00	23,00	66,00	5,13	6,00	6,00	5,00

- Variables psicosociales (2)

Tabla 19.3.-		GHQ B	GHQ C	GHQ D	GHQ TOT AL
N	Válidos	449	451	445	438
	Perdidos	8	6	12	19
	Media	6,10	7,24	1,77	21,75
	Mediana	5,00	7,00	1,00	19,00
	Moda	7,00	7,00	,00	13,00(a)
	Desv. típ.	4,22	2,40	3,15	11,35
	Varianza	17,84	5,80	9,98	12,96
	Asimetría	,681	,890	2,85	1,14
	Error típ. de asimetría	,115	,115	,116	,117
	Curtosis	,130	2,30	9,71	1,59
	Error típ. de curtosis	,230	,229	,231	,233
	Mínimo	,00	,00	,00	,00
	Máximo	20,00	18,00	21,00	74,00

## ANEXO III

### 1.- Resultados de la correlación entre las variables psicosociales.

Tabla 1. Correlaciones variables psicosoc.		Somnolencia	Síntoma Psicosom.	MBI Total	GHQ Total
Satisfac. Total	Correlación de Pearson	-,099(*)	-,244(**)	-,367(**)	-,233(**)
	Sig. (bilateral)	,039	,000	,000	,000
	N	431	424	410	417
Somnolencia	Correlación de Pearson		,289(**)	,236(**)	,220(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N		440	425	433
Síntomas psicosoma	Correlación de Pearson			,546(**)	,685(**)
	Sig. (bilateral)			,000	,000
	N			423	427
MBI total	Correlación de Pearson				,455(**)
	Sig. (bilateral)				,000
	N				412

\* = p<0,05; \*\* = p<0,01; \*\*\*= p<0,001

## Correlación entre variables psicosociales y variables demográficas y sociolaborales

### 2.- Variables psicosociales-Estado civil

Tabla 2	Variables psicosociales - Estado civil					
		N	Media	Desv. típica	F	p
Satisfac. total	soltero	95	4,58	1,06	0,64	0,63
	Casado/p. de hecho	293	4,51	1,03		
	Separ./div. o viudo	46	4,32	1,16		
	Total	434	4,50	1,05		
MBI. total	soltero	89	2,60	,800	1,90	0,10
	Casado/p. de hecho	296	2,77	,684		
	Separ./div. o viudo	43	2,94	,758		
	Total	428	2,75	,720		
Somnol.	soltero	95	6,04	4,28	1,15	0,33
	Casado/p. de hecho	308	6,57	3,97		
	Sepa./div. o viudo	46	7,45	4,70		
	Total	449	6,55	4,12		
Sint.psic	soltero	95	28,47	10,99	0,53	0,71
	Casado/p. de hecho	304	29,34	10,82		
	Separ./div. o viudo	45	30,82	11,10		
	Total	444	29,30	10,88		
GHQ_TO TAL	soltero	93	20,45	12,23	2,22	0,06
	Casad/p. de echo	299	21,68	10,66		
	Separ./div. o viudo	44	24,38	13,50		
	Total	436	21,69	11,34		

### 3.- Variables psicosociales - Tipo de horario y variables psicosociales - Tipo de jornada

Tabla 3.- tipo de horario- var.psicos.		N	Media	Desv. típica	F	p
Satisfac._total	diurno	215	4,67	1,04	3,162	0,043
	nocturno	14	4,32	,652		
	ambos	150	4,42	,992		
	Total	379	4,56	1,01		
Somnolencia	diurno	221	6,74	4,15	0,383	0,682
	nocturno	15	8,33	3,73		
	ambos	154	6,21	4,27		
	Total	390	6,59	4,19		
□ Síntomas psicoso.	diurno	218	29,39	10,25	2,067	0,128
	nocturno	14	27,07	11,24		
	ambos	152	29,11	11,42		
	Total	384	29,20	10,75		
MBI_total	diurno	210	2,71	,614	0,313	0,731
	nocturno	14	2,61	,727		
	ambos	149	2,76	,741		
	Total	373	2,73	,671		
GHQ_TOTAL	diurno	220	21,09	9,93	0,626	0,535
	nocturno	14	19,85	13,79		
	ambos	150	22,22	12,14		
	Total	384	21,48	10,98		

Tabla 3.1.- Variables psicosociales	Tipo jornada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T	P
Satisfaccion_total	continuo	373	4,56	1,01	,052	,332	0,001
	partido	13	3,60	,918	,254		
Somnolencia	continuo	386	6,57	4,18	,213	,820	,413
	partido	13	5,61	2,69	,747		
Síntomas psicosoma	continuo	379	29,27	10,85	,557	,117	,907
	partido	13	28,92	7,45	2,06		
MBI_total	continuo	371	2,73	,685	,035	-030	,976
	partido	12	2,74	,501	,144		
GHQ_TOTAL	continuo	372	21,52	11,08	,574	,068	,946
	partido	13	21,30	11,95	3,31		

**4.- Variables psicosociales - Tipo de contrato  
y variables psicosociales - trabajo a turnos**

Tabla 4.- Tipo contrato- var. Psicos.							
		N	Media	Desviación típica	F	p	
Satisfac. total	cont. indef. (fijo)	329	4,56	1,02	0,208	0,831	
	temporal	44	4,50	1,08			
	sustitución	18	4,68	1,05			
	Total	391	4,56	1,02			
MBI total	cont. indef. (fijo)	322	2,77	,657	1,245	0,289	
	temporal	44	2,59	,931			
	sustitución	20	2,74	,577			
	Total	386	2,75	,690			
Somnolencia	cont. indef. (fijo)	338	6,47	4,10	0,266	0,766	
	temporal	46	6,86	3,98			
	sustitución	21	6,14	5,01			
	Total	405	6,50	4,13			
Sint. psicos.	cont. indef. (fijo)	332	29,31	11,07	0,277	0,758	
	temporal	46	28,58	10,03			
	sustitución	21	30,71	8,96			
	Total	399	29,30	10,84			
GHQ TOTAL	cont. indef. (fijo)	333	21,76	11,01	0,089	0,915	
	temporal	46	21,15	11,39			
	sustitución	21	21,09	12,36			
	Total	400	21,65	11,10			

Tabla 4.1.- Variab. psicos. trabajo a turnos					Error típ. de la media	T	P
	Trabajo a turnos	N	Media	Desviación típ.			
Satisfaccion_total	no	280	4,66	1,03	,061	-2,31	0,021
	si	143	4,41	1,10	,092		
Somnolencia	no	292	6,47	4,12	,241	,761	,447
	si	147	6,79	4,21	,348		
Síntomas psicossoma	no	291	29,80	11,26	660	1,33	,182
	si	143	28,30	10,32	,863		
MBI total	no	279	2,77	,742	,044	,530	,596
	si	139	2,73	,703	,059		
GHQ TOTAL	no	286	21,95	11,53	,681	,527	,598
	si	140	21,32	11,26	,952		

**5.- Variables psicosociales (satisfacción, somnolencia, síntomas psic., MBI, GHQ) - Variables sociodemográficas y sociolaborales cuantitativas (edad, antigüedad en el puesto, antigüedad en la empresa)**

<b>Tabla 5. Correlaciones variables psicosoc. Variables sociolab. y sociodem. cuantitat.</b>		<b>Edad</b>	<b>Antig. en el puesto</b>	<b>Antig. en la empresa</b>
<b>Satisfac. Total</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-,047 (n.s.)	-,058 (n.s.)	-,123 (*)
	<b>Sig. (bilateral)</b>	,328	,236	,012
	<b>N</b>	451	445	440
<b>Somnolencia</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-,049 (n.s.)	,093 (n.s.)	,002 (n.s.)
	<b>Sig. (bilateral)</b>	,300	,051	,970
	<b>N</b>	451	445	440
<b>Síntomas psic.</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	,023 (n.s.)	,024 (n.s.)	-,006 (n.s.)
	<b>Sig. (bilateral)</b>	,625	,618	,903
	<b>N</b>	451	446	440
<b>MBI total</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	,067 (n.s.)	,071 (n.s.)	,068 (n.s.)
	<b>Sig. (bilateral)</b>	,167	145	,166
	<b>N</b>	451	451	440
<b>GHQ Total</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	,002 (n.s.)	-,001 (n.s.)	-,007 (n.s.)
	<b>Sig. (bilateral)</b>	,971	,977	,880
	<b>N</b>	451	445	438

n.s. = p > 0.05, \* = p < 0.5, \*\* = p < 0.01, \*\*\* = p < 0.001



## ANEXO IV

**Perfiles de salud psicosocial y relación con las variables sociodemográficas y sociolaborales.**

**-Tablas de resultados del análisis de conglomerados (Cluster) y subconjuntos de la agrupación.**

El análisis de conglomerados finales nos ha dado como resultado cuatro grupos homogéneos (A, B, C, D) en las variables satisfacción laboral, somnolencia, síntomas psicósomáticos, burnout y bienestar psicológico.

Tabla 0.- Agrupaciones		N° de casos
	<b>A</b>	<b>93,00</b>
	<b>B</b>	<b>49,00</b>
	<b>C</b>	<b>160,00</b>
	<b>D</b>	<b>82,00</b>
	<b>Válidos</b>	<b>384,00</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>73,00</b>

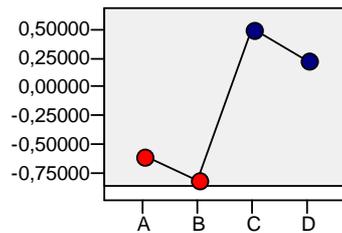
Media de cada grupo en los subconjuntos homogéneos y su nivel de significación ( $p < 0,05$ ) en cada una de las variables psicológicas (tablas 1 a 5 y gráficos 1 a 6)

### Satisfacción Total

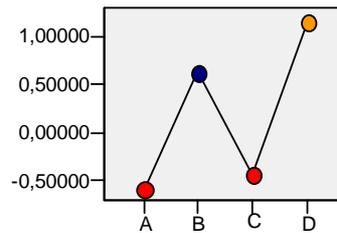
Tabla 1.-Satisfacción total Agrupación conglom. Z	N	Diferencia de medias	
		2	1
B	49	-,807	
A	93	-,595	
D	82		,232
C	160		,504
Tukey	BA - DC		

### Somnolencia

Tabla 2.- Somnolencia Agrupación conglom. Z	N	Diferencia de medias		
		2	3	1
A	93	-,582		
C	160	-,435		
B	49		,634	
D	82			1,159
Tukey	AC - B - D			



Gráf. 1.-  
Agrupaciones.Satisf.



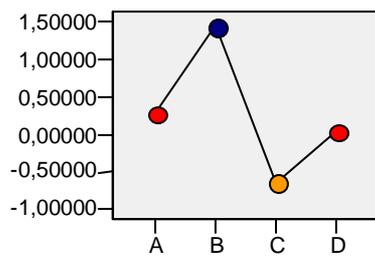
Gráf. 2  
agrupaciones.Somnol.

### Burnout (MBI Total)

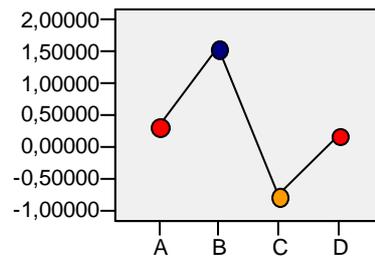
Tabla 3.-Burnout Agrupación conglom. Z	N	Diferencia de medias		
		2	3	1
C	160	-,653		
D	82		,050	
A	93		,292	
B	49			1,44
Tukey	C - DA - B			

### Síntomas Psicossomáticos

Tabla 4.- Síntomas psicossomáticos Agrupación conglom.	N	Diferencia de medias		
		2	3	1
C	160	-,772		
D	82		,1886553	
A	93		,3264865	
B	49			1,55
Tukey	C - DA - B			



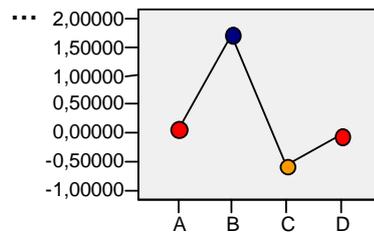
Gráf. 3. Agrupaciones MBI



Gráf. 4. Agrupaciones. Sínt. psicos.

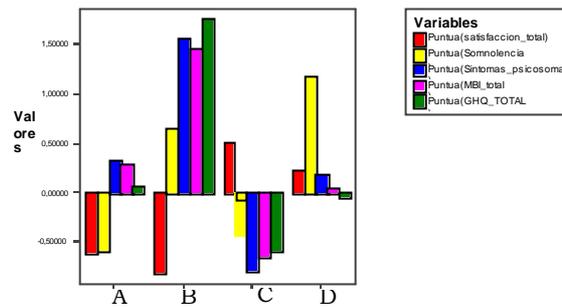
### Bienestar Psicológico (GHQ Total)

Tabla 5.- GHQ TOTAL		Diferencia de medias		
GHQ_TOTAL				
Agrupación conglom. Z	N	2	3	1
C	160	-,568		
D	82		-,047	
A	93		,067	
B	49			1,74
Tukey	C - DA - B			



Gráf. 5. Agrupaciones GHQ total

Gras. 8.- Centros de los conglomerados. Finales. Grupos-var. Psicos.



**- Asociación de agrupaciones de conglomerados  
(Cluster) con variables sociodemográficas y  
sociolaborales**

Tabla 6.- Variables	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
<b>Edad * Agrup. cong. cluster</b>	380	83,2%	77	16,8%	457	100,0%
<b>Género * Agrup. congl. cluster</b>	384	84,0%	73	16,0%	457	100,0%
<b>Tipo de jornada * Agrup.cong.cluster</b>	344	75,3%	113	24,7%	457	100,0%
<b>Trabajo a turnos * Agrup. cong. cluster</b>	372	81,4%	85	18,6%	457	100,0%
<b>¿Realiza guardias? * Agrup. congl. cluster</b>	342	74,8%	115	25,2%	457	100,0%
<b>¿Realiza actividades de formación continuada? * Agrup. conglo- cluster</b>	384	84,0%	73	16,0%	457	100,0%
<b>Contrato * Agrupación conglomerado cluster</b>	352	77,0%	105	23,0%	457	100,0%
<b>Horario * Agrupación conglomerado cluster</b>	341	74,6%	116	25,4%	457	100,0%
<b>Anti.empr. * Agrupación</b>	388	84,9%	69	15,1%	457	100,0%
<b>Est_civil * Agrupación</b>	399	87,3%	58	12,7%	457	100,0%
<b>Anti.psto. * Agrupación</b>	392	85,8%	65	14,2%	457	100,0%

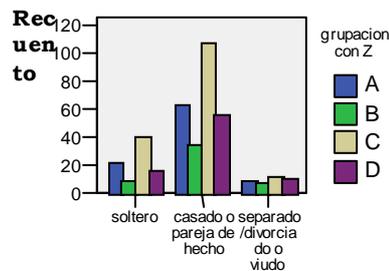
**Estado Civil**

Tabla 7.- Estado civil			Agrupación con Z				Total
			A	B	C	D	
estado_civil	soltero	Recuento	21	8	40	16	85
		% de agrupacion con Z	22,8%	16,3%	25,0%	19,5%	22,2%
	casado o p.de hecho	Recuento	63	34	108	56	261
		% de agrupacion con Z	68,5%	69,4%	67,5%	68,3%	68,1%
	Separ./divor. o viudo	Recuento	8	7	12	10	37
		% de agrupacion con Z	8,7%	14,3%	7,5%	12,2%	9,7%
Total		Recuento	92	49	160	82	383
		% de agrupacion con Z	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

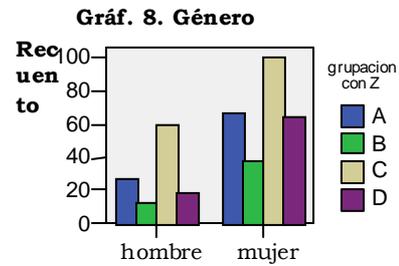
Tabla 7.1. Estado civil.- Pruebas de chi-cuadrado		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		4,125(a)	6	,660
Razón de verosimilitudes		4,07	6	,666
Asociación lineal por lineal		,032	1	,857
N de casos válidos		383		

**Gráf. 7 Estado civil**



## Género

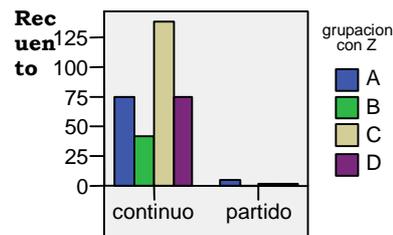
Tabla 8.- Género			Agrupación con Z				Total
			A	B	C	D	
<b>Género</b>	<b>hombre</b>	<b>Recuento</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>60</b>	<b>18</b>	<b>116</b>
		<b>% de agrup.</b>	<b>28,0%</b>	<b>22%</b>	<b>37,5%</b>	<b>24,5%</b>	<b>30,2%</b>
	<b>mujer</b>	<b>Recuento</b>	<b>67</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>268</b>
		<b>% de agrup.</b>	<b>72,0%</b>	<b>78%</b>	<b>62,5%</b>	<b>75,5%</b>	<b>69,8%</b>
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>93</b>	<b>49</b>	<b>160</b>	<b>82</b>	<b>384</b>
		<b>% de agrup.</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Género.-Pruebas de chi-cuadrado</b>				<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>		
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>			<b>7,670(a)</b>	<b>3</b>	<b>,053</b>		
<b>Razón de verosimilitudes</b>			<b>7,71</b>	<b>3</b>	<b>,052</b>		
<b>Asociación lineal por lineal</b>			<b>,001</b>	<b>1</b>	<b>,982</b>		
<b>N de casos válidos</b>			<b>384</b>				



### Tipo de jornada

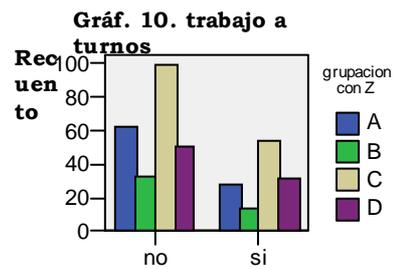
Tabla 9.- Tipo jornada		Agrupación con Z				Total	
		A	B	C	D		
<b>Tipo de jornada</b>	continuo	Recuento	76	42	139	75	332
		% de grupacion con Z	92,7%	97,7%	97,9%	97,4%	96,5%
	partido	Recuento	6	1	3	2	12
		% de grupacion con Z	7,3%	2,3%	2,1%	2,6%	3,5%
<b>Total</b>		Recuento	82	43	142	77	344
		% de grupacion con Z	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Tipo jornada.- Pruebas de chi-cuadrado</b>		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)			
de Pearson		4,723(a)	3	,193			
Razón de verosimilitudes		4,05	3	,255			
Asociación lineal		3,10	1	,078			
N de casos válidos		344					

Gráf. 9. Tipo jornada



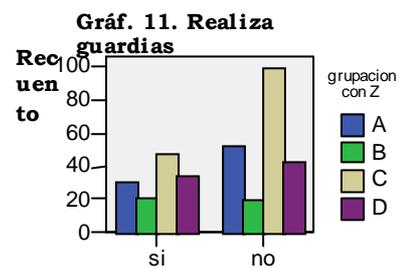
**Trabajo a turnos**

Tabla 10.- Trabajo a turnos			Agrupación con Z				Total
			A	B	C	D	
Trabajo a turnos	no	Recuento	63	33	99	50	245
		% de agrupación con Z	69,2%	70,2%	64,7%	61,7%	65,9%
	si	Recuento	28	14	54	31	127
		% de agrupación con Z	30,8%	29,8%	35,3%	38,3%	34,1%
Total		Recuento	91	47	153	81	372
		% de agrupación con Z	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi cuadrado Trabajo a turnos			Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson			1,56)	3	,668		
Razón de verosimilitudes			1,56	3	,667		
Asociación lineal por lineal			1,36	1	,243		
N de casos válidos			372				



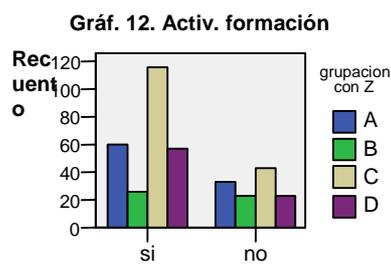
### ¿Realiza guardias?

Tabla 11- Realiza guardias		Agrupación con Z				Total	
			A	B	C	D	
¿Realiza guardias?	si	Recuento	30	21	46	33	130
		% de grupacion con Z	36,6%	52,5%	31,7%	44,0%	38,0%
	no	Recuento	52	19	99	42	212
		% de grupacion con Z	63,4%	47,5%	68,3%	56,0%	62,0%
Total		Recuento	82	40	145	75	342
		% de grupacion con Z	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
¿Realiza guardias?		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)			
Chi-cuadrado de Pearson		7,208(a)	3	,066			
Razón de verosimilitudes		7,133	3	,068			
Asociación lineal por lineal		,011	1	,915			
N de casos válidos		342					



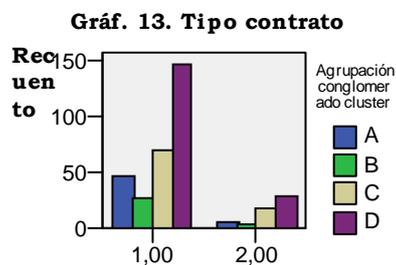
### Actividades de formación

Tabla 12- Actividades formación		Agrupación con Z				Total	
			A	B	C	D	
¿Realiza actividades de formación continuada?	si	Recuento	60	26	116	58	260
		% de grupacion con Z	64,5%	53,1%	72,5%	70,7%	67,7%
	no	Recuento	33	23	44	24	124
		% de grupacion con Z	35,5%	46,9%	27,5%	29,3%	32,3%
<b>Total</b>		Recuento	93	49	160	82	384
		% de grupacion con Z	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
¿Realiza actividades de formación?.	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)				
Chi-cuadrado de Pearson	7,26	3	,064				
Razón de verosimilitudes	7,03	3	,071				
Asociación lineal por lineal	2,50	1	,113				
N de casos válidos	384						



**Tipo de contrato**

Tabla 13- Tipo contrato		Agrupación conglomerado cluster				Total	
			A	B	C	D	
<b>contrato</b>	<b>1,00 (indefinido)</b>	<b>Recuento</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>70</b>	<b>148</b>	<b>293</b>
		<b>% de Agrupación conglomerado cluster</b>	<b>87,3%</b>	<b>87,1%</b>	<b>78,7%</b>	<b>83,6%</b>	<b>83,2%</b>
	<b>2,00 (temporal y sustit.)</b>	<b>Recuento</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>59</b>
		<b>% de Agrupación conglomerado cluster</b>	<b>12,7%</b>	<b>12,9%</b>	<b>21,3%</b>	<b>16,4%</b>	<b>16,8%</b>
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>55</b>	<b>31</b>	<b>89</b>	<b>177</b>	<b>352</b>
		<b>% de Agrupación conglomerado cluster</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Tipo contrato.-</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>				
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>2,33</b>	<b>3</b>	<b>,506</b>				
<b>Razón de verosimilitudes</b>	<b>2,31</b>	<b>3</b>	<b>,509</b>				
<b>Asociación lineal por lineal</b>	<b>,415</b>	<b>1</b>	<b>,519</b>				
<b>N de casos válidos</b>	<b>352</b>						



### Tipo horario

Tabla 14- Tipo horario		Agrupación conglomerado cluster				Total
		A	B	C	D	
<b>horario</b>	<b>1(día)</b>	<b>Recuento</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>53</b>	<b>98</b>
		<b>% de Agrupación conglomerado cluster</b>	<b>54,9%</b>	<b>56,7%</b>	<b>60,9%</b>	<b>57,5%</b>
	<b>2(noc he)</b>	<b>Recuento</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>75</b>
		<b>% de Agrupación conglomerado cluster</b>	<b>45,1%</b>	<b>43,3%</b>	<b>39,1%</b>	<b>42,5%</b>
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>51</b>	<b>30</b>	<b>87</b>	<b>173</b>
		<b>% de Agrupación conglomerado cluster</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Tipo horario.-</b>		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>		
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>		<b>,617</b>	<b>3</b>	<b>,893</b>		
<b>Razón de verosimilitudes</b>		<b>,620</b>	<b>3</b>	<b>,892</b>		
<b>Asociación lineal por lineal</b>		<b>,021</b>	<b>1</b>	<b>,885</b>		
<b>N de casos válidos</b>		<b>341</b>				

Gráf. 14. tipo horario

