

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN**  
**PSIKOLOGIA ETA HEZKUNTZA FAKULTATEA**

**Tesis Doctoral**

Bienestar psicosocial en el ámbito de enfermería.  
Estilos de afrontamiento expresados a través del compromiso  
psicológico como respuesta positiva ante el estrés asistencial

**María José Moreno Godoy**

Bilbao, febrero de 2016

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN**  
**PSIKOLOGIA ETA HEZKUNTZA FAKULTATEA**

Programa de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud

Bienestar psicosocial en el ámbito de enfermería.  
Estilos de afrontamiento expresados a través del compromiso  
psicológico como respuesta positiva ante el estrés asistencial

Tesis Doctoral presentada por Doña María José Moreno Godoy

Dirigida por el Doctor Imanol Amayra Caro

Codirigida por la Doctora Esther Lázaro Pérez

El Director

La Codirectora

La Doctoranda

Bilbao, febrero de 2016

## Citas

*Pasaba yo mi vida poniendo una piedrecilla sobre la otra para levantar una torre.  
Y cuando ya tenía cinco piedrecitas puestas o siete, soplabo el viento y deshacía mi tarea  
laboriosa.*

*Lloraba yo y sufría. Porque aquella torrecilla era la ilusión de mi vida, y por ella me  
olvidaba de cuanto hay en el Universo.*

*Un día comprendí que debía recibir dulcemente mis derrotas, como tenues incidentes del  
camino.*

*Entendí qué bueno es quedarse en paz sentado a la rumorosa sombra de los árboles.  
Y dejar que las cosas sean todas como tienen que ser, y que sigan el curso de la naturaleza.*

*(Manuel Marín Triana)*

*Cuando buscamos el tesoro, nos damos cuenta de que el camino es el propio tesoro.*

*(Paulo Coelho)*

*El río corría suave y silencioso, era la estación seca, pero su voz tenía un extraño sonido.  
¡ Reía ¡*

*Siddharta (Hermann Hesse)*

*“No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente, sino la que responde  
mejor al cambio”*

*(Charles Darwin)*

*“La excelencia no es la ausencia de la mejora, ni el bienestar es la ausencia de enfermedad,  
lo positivo es algo más que la ausencia de lo negativo”*

*(Peterson y Park, 2003)*

## **Agradecimientos**

Al Prof. Dr. Imanol Amayra, por su implicación y especial dedicación en el desarrollo de esta compleja y peregrina aventura. Que compaginó su agenda laboral y me acompañó con paciencia durante estos años y al que le debo, entre otras cosas, que esta tesis haya salido adelante.

A la Dra. Esther Lázaro que llegó en el momento cumbre del trabajo y que con sus aportaciones proporcionó tranquilidad y seguridad.

A los responsables de las organizaciones, de los centros de formación, por su colaboración y por facilitar el encuentro con los participantes. En especial a Teresa, Nerea, Txaro y Karmele.

A todos los participantes que han colaborado voluntariamente y han dedicado parte de su tiempo personal para realizar los cuestionarios. Por dejarme compartir de sus preocupaciones laborales y extralaborales.

A mis compañeras Begoña y Maite, enérgicas trabajadoras y auténticas buscadoras de información en la gran biblioteca virtual.

A mis amigos y a mis compañeros, por su amistad y por su paciencia, porque no debe ser fácil aguantarme en todo lo que hago. Sobre todo a Inma, gracias por escucharme.

Y como no, a mis padres Vicente y Mertxe, que aunque no entienden el por qué de tanto trabajo, sobres y cuestionarios, me han dado su apoyo sin pedir nada a cambio. A mis hermanas Mertxe, Pili y Marta y, a su familia, por ser como son, por creer en este proyecto. Gracias por cederme vuestro espacio de ocio, por estar cerca de mí día a día, por haber sido pacientes y aguantar “mis chapas”. A Iñigo, Gorka, Borja y Aitor, que habéis evolucionado y madurado a la vez que avanzaba en esta aventura. A la “niña” Uxue, esa personita que está creciendo y que está aprendiendo que hay que saber empezar a pesar de los obstáculos.

## ÍNDICE



|                              |     |
|------------------------------|-----|
| <i>Citas</i> .....           | I   |
| <i>Agradecimientos</i> ..... | II  |
| <i>Índice</i> .....          | III |

## Índice

|                    |   |
|--------------------|---|
| Introducción ..... | 1 |
|--------------------|---|

---

### PARTE I. MARCO TEÓRICO

---

#### CAPÍTULO 1

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| <b>ESTRÉS Y PROFESIONES DE AYUDA</b> ..... | 15 |
|--------------------------------------------|----|

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Antecedentes históricos del estrés .....                                     | 17 |
| 2. Dimensiones del estrés.....                                                  | 26 |
| 2.1. El estrés biológico. La teoría basada en la respuesta .....                | 27 |
| 2.2. Estrés psicosocial como estrés basado en el estímulo ambiental.....        | 31 |
| 2.3. El estrés como interacción .....                                           | 39 |
| 3. Modelos teóricos basados en la interacción.....                              | 41 |
| 3.1. Modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman .....                     | 41 |
| 3.2. Modelo procesual del estrés de Sandín.....                                 | 44 |
| 4. Estrategias de afrontamiento como proceso .....                              | 48 |
| 4.1. Principios del afrontamiento como proceso.....                             | 48 |
| 5. El afrontamiento en el ámbito laboral.....                                   | 60 |
| 6. El estrés asistencial .....                                                  | 63 |
| 6.1. El estrés asistencial en las profesiones de ayuda .....                    | 66 |
| 6.2. Fases cronológicas del estrés asistencial en las profesiones de ayuda..... | 68 |
| 6.3. El estrés asistencial en ámbitos extralaborales .....                      | 72 |
| 6.4. El estrés asistencial en el profesional de enfermería .....                | 74 |
| 6.4.1. El profesional de enfermería en el servicio de hospitalización.....      | 78 |
| 6.4.2. El profesional de enfermería en los servicios especiales .....           | 79 |
| 6.4.3. El profesional de enfermería en el servicio de urgencias .....           | 80 |
| 6.4.4. El profesional de enfermería en formación.....                           | 82 |
| 6.5. El proceso de desilusión en la profesión de enfermería.....                | 83 |
| 6.6. La salud psicosocial del profesional de enfermería .....                   | 85 |

## CAPÍTULO 2

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>COMPROMISO PSICOLÓGICO COMO RESPUESTA POSITIVA .....</b>               | <b>89</b> |
| 1. Antecedentes históricos de la Psicología Positiva .....                | 91        |
| 2. La Psicología Positiva.....                                            | 92        |
| 3. La Psicología Organizacional Positiva .....                            | 94        |
| 4. El constructo del capital psicológico positivo .....                   | 98        |
| 4.1. Antecedentes conceptuales del engagement .....                       | 102       |
| 4.2. Génesis conceptual del engagement en el trabajo.....                 | 103       |
| 5. Dimensiones del compromiso psicológico .....                           | 106       |
| 6. Lo que no es el compromiso psicológico.....                            | 108       |
| 7. Modelos teóricos del compromiso psicológico.....                       | 109       |
| 7.1. Modelo dual burnout <i>versus</i> engagement .....                   | 109       |
| 7.2. Modelo Demandas-Recursos Laborales de Bakker y Demerouti (DRL) ..... | 112       |
| 7.3. Modelo Demandas-Recursos Laborales de Leiter (JD-R) .....            | 116       |
| 7.4. Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas (RED) .....              | 119       |
| 7.5. Modelo HERO (Healthy a Resiliente Organizations Model) .....         | 122       |
| 8. Variables facilitadores del compromiso psicológico en el trabajo ..... | 123       |
| 8.1. Recursos personales .....                                            | 125       |
| 8.2. Recursos laborales .....                                             | 128       |
| 9. Consecuencias del compromiso psicológico en el trabajo.....            | 129       |
| 9.1. Consecuencias a nivel individual.....                                | 130       |
| 9.2. Consecuencias a nivel organizacional .....                           | 131       |
| 10. La Psicología Positiva en las profesiones de ayuda.....               | 133       |
| 10.1. El compromiso psicológico en el profesional de enfermería.....      | 134       |
| 10.2. El proceso de la pasión en el profesional de enfermería.....        | 136       |
| 10.3. El bienestar psicosocial en el profesional de enfermería .....      | 140       |

## CAPÍTULO 3

|                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE FACTORES.....</b>              | <b>145</b> |
| 1. Factores psicosociales .....                                | 147        |
| 1.1. Factores psicosociales desde la Psicología Positiva ..... | 152        |
| 2. Sistema de evaluación de factores psicosociales .....       | 155        |
| 3. Instrumentos de evaluación de aspectos psicosociales .....  | 157        |

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| 4. Modelo Inventario de Factores Psicosociales <i>ad hoc</i> ..... | 191 |
|--------------------------------------------------------------------|-----|

## **CAPÍTULO 4**

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| <b>EVIDENCIA EMPÍRICA</b> ..... | 199 |
|---------------------------------|-----|

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Aspectos sociodemográficos y compromiso psicológico .....   | 201 |
| 2. Factores psicosociales y compromiso psicológico .....       | 203 |
| 3. Estrategias de afrontamiento y compromiso psicológico ..... | 210 |
| 4. El estrés asistencial y el compromiso psicológico .....     | 222 |
| 5. Salud psicosocial y compromiso psicológico .....            | 229 |
| 6. Organización saludable y compromiso psicológico .....       | 231 |

---

## **PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO**

---

## **CAPÍTULO 5**

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| <b>METODOLOGÍA</b> ..... | 233 |
|--------------------------|-----|

|                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Justificación del estudio .....                                                                                        | 235 |
| 2. Objetivos .....                                                                                                        | 236 |
| 2.1. Objetivo General .....                                                                                               | 236 |
| 2.2. Objetivos Específicos .....                                                                                          | 237 |
| 3. Hipótesis de Trabajo .....                                                                                             | 238 |
| 3.1. Hipótesis .....                                                                                                      | 238 |
| 4. Metodología .....                                                                                                      | 239 |
| 4.1. Diseño .....                                                                                                         | 239 |
| 4.2. Participantes .....                                                                                                  | 240 |
| 4.3. Variables .....                                                                                                      | 243 |
| 4.3.1. Variables sociodemográficas y laborales .....                                                                      | 244 |
| 4.3.2. Variables moderadoras .....                                                                                        | 249 |
| 4.3.3. Variables dependientes .....                                                                                       | 250 |
| 4.3.4. Variables percepción de organización saludable .....                                                               | 250 |
| 4.4. Instrumentos .....                                                                                                   | 252 |
| 4.4.1. Cuestionario autoadministrado de aspectos sociodemográficos y laborales, de salud, hábitos de consumo y ocio ..... | 252 |

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.4.2. Cuestionario de Factores Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS)..... | 253 |
| 4.4.3. Cuestionario de estilos Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE) .....     | 254 |
| 4.4.4. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).....                             | 257 |
| 4.4.5. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).....                          | 263 |
| 4.4.6. Cuestionario de Utrech Work Engagement Scale (UWES-17) .....                     | 267 |
| 4.4.7. Escala ipsativa de percepción de Organización Saludable .....                    | 269 |
| 4.5. Procedimiento .....                                                                | 270 |
| 4.6. Análisis Estadístico.....                                                          | 271 |

---

## **PARTE III. ANÁLISIS EMPÍRICO**

---

### **CAPÍTULO 6**

|                                                                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>RESULTADOS .....</b>                                                                                         | <b>277</b> |
| 1. Análisis descriptivos y de frecuencias de variables cualitativas.....                                        | 279        |
| 1.1. Características sociodemográficas de la muestra.....                                                       | 280        |
| 1.2. Características laborales de la muestra .....                                                              | 281        |
| 1.3. Características personales de salud de la muestra.....                                                     | 283        |
| 1.4. Características de consumo y de ocio de la muestra.....                                                    | 284        |
| 1.5. Características de estado de ánimo de la muestra.....                                                      | 286        |
| 2. Análisis de validez de contenido, aparente y factorial del Inventario de Factores Psicosociales (IFPOS)..... | 286        |
| 2.1. Validez de contenido y aparente .....                                                                      | 287        |
| 2.2. Análisis factorial de primer orden.....                                                                    | 289        |
| 2.3. Análisis factorial de segundo orden.....                                                                   | 314        |
| 2.3.1. Análisis factorial de segundo orden de todas las subescalas entre sí mismas. Estructura Factorial.....   | 314        |
| 2.3.2. Consistencia Interna.....                                                                                | 318        |
| 3. Análisis descriptivo e inferencial variables cuantitativas .....                                             | 319        |
| 3.1. Análisis Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable (IFPOS) .....                            | 319        |

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2. Análisis del Cuestionario estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE)..... | 336 |
| 3.3. Análisis del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....                           | 342 |
| 3.4. Análisis del cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).....                     | 347 |
| 3.5. Análisis de la escala Utrech Work Engagement Scale (UWES-17).....                        | 352 |
| 3.6. Análisis escala ipsativa de percepción de Organización Saludable.....                    | 365 |

## **CAPÍTULO 7**

|                                                                                                                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>DISCUSIÓN DEL ESTUDIO .....</b>                                                                                                                                                                                         | <b>367</b> |
| 1. Validación de la escala IFPOS.....                                                                                                                                                                                      | 370        |
| 2. Características descriptivas de la muestra a partir de diferentes indicadores .....                                                                                                                                     | 377        |
| 2.1. Análisis descriptivo Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable (IFPOS).....                                                                                                                            | 378        |
| 2.2. Análisis descriptivo del Cuestionario de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE) .....                                                                                                              | 379        |
| 2.3. Análisis descriptivo del Maslach Burnout Inventory (MBI) .....                                                                                                                                                        | 382        |
| 2.4. Análisis descriptivo del cuestionario Salud General de Goldberg (GHQ-28). .....                                                                                                                                       | 385        |
| 2.5. Análisis descriptivo del Utrech Work Engagement Scale (UWES-17).....                                                                                                                                                  | 386        |
| 2.6. Análisis descriptivo percepción pertenencia Organización Saludable .....                                                                                                                                              | 388        |
| 3. Comprobación de hipótesis.....                                                                                                                                                                                          | 390        |
| 3.1. Relación entre factores psicosociales, estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud, compromiso psicológico laboral y categoría profesional .....                         | 390        |
| 3.2. Relación entre factores psicosociales, estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud, compromiso psicológico y variables sociodemográficas, laborales y psicológicas ..... | 398        |
| 3.3. Relación entre estrategias de afrontamiento, compromiso psicológico y estrés asistencial.....                                                                                                                         | 399        |
| 4. Limitaciones.....                                                                                                                                                                                                       | 405        |

## **CAPÍTULO 8**

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>CONCLUSIONES.....</b> | <b>407</b> |
|--------------------------|------------|

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 1. Conclusiones del estudio..... | 409 |
| 2. Implicaciones Prácticas.....  | 412 |

---

## PARTE IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

|                    |     |
|--------------------|-----|
| Bibliografía ..... | 417 |
|--------------------|-----|

---

## PARTE V. ANEXOS

---

|              |     |
|--------------|-----|
| Anexos ..... | 487 |
|--------------|-----|

### **Anexo 1.** Presentación documentos e instrumentos utilizados

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo 1.1. Solicitud autorización Dirección General RRHH de Osakidetza.....              | 488 |
| Anexo 1.2. Solicitud autorización centros correspondientes .....                         | 489 |
| Anexo 1.3. Hoja de Información dirigido a: trabajadores y estudiantes en formación ..... | 494 |
| Anexo 1.4. Recomendaciones dirigidas al participante .....                               | 495 |
| Anexo 1.5. Consentimiento Informado del participante en la investigación.....            | 496 |
| Anexo 1.6. Cuestionarios <i>ad hoc</i> aspectos sociodemográficos y laborales.....       | 497 |
| Anexo 1.7. Cuestionarios <i>ad hoc</i> Inventario Factores Psicosociales (IFPOS) .....   | 502 |
| Anexo 1.8. Cuestionario estilos Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE).....      | 509 |
| Anexo 1.9. Cuestionario escala Maslach Burnout Inventory (MBI) .....                     | 511 |
| Anexo 1.10. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) .....                     | 512 |
| Anexo 1.11. Cuestionario de Utrech Work Scale (UWES-17).....                             | 516 |
| Anexo 1.12. Escala ipsativa pertenencia Organización Saludable .....                     | 517 |

### **Anexo 2.** Estadísticos Descriptivos de variables sociodemográficas, sociolaborales, estado de la salud, hábitos de consumo y ocio y estado de ánimo

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 2.1. Distribución de la muestra por grupos.....                             | 518 |
| Tabla 2.2. Descripción de las características sociodemográficas .....             | 519 |
| Tabla 2.3. Descripción de las características variables unidad organización ..... | 520 |
| Tabla 2.4. Descripción de las características variables laborales .....           | 521 |

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 2.5. Descripción de las características preguntas valoración profesional y conciliación vida laboral..... | 522 |
| Tabla 2.6. Descripción características variables de salud.....                                                  | 523 |
| Tabla 2.7. Descripción características variables de consumo y de ocio .....                                     | 524 |
| Tabla 2.8. Características de estado de ánimo de la muestra.....                                                | 525 |
| <b>Anexo 3.</b> Estadísticos descriptivos variables cuantitativas muestra total por categorías                  |     |
| Tabla 3.1. Estadísticos descriptivos IFPOS / Puntuaciones medias .....                                          | 526 |
| Tabla 3.2. Estadísticos descriptivos cuestionarios. Puntuaciones medias .....                                   | 527 |
| Tabla 3.3. Descripción características Percepción organización saludable.....                                   | 528 |
| <b>Anexo 4.</b> Análisis Inferencial por el factor categoría profesional                                        |     |
| Tabla 4.1. Comparación entre Factor 1 (Recursos profesionales y formación).....                                 | 529 |
| Tabla 4.2. Comparación entre Factor 2 (Demandas laborales organizacionales).....                                | 529 |
| Tabla 4.3. Comparación entre Factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial) .....                             | 530 |
| Tabla 4.4. Comparación entre Factor 5 (Factores ambientales unidad asistencial).....                            | 531 |
| Tabla 4.5. Comparación entre Factor 6 (Recursos laborales organización-trabajador).....                         | 532 |
| Tabla 4.6. Comparación de estilos de afrontamiento y Categoría profesional .....                                | 533 |
| Tabla 4.7. Comparación entre el estrés asistencial y la categoría profesional.....                              | 534 |
| Tabla 4.8. Comparación entre la salud general y la categoría profesional .....                                  | 534 |
| Tabla 4.9. Comparación entre el compromiso psicológico y la categoría profesional .....                         | 535 |
| <b>Anexo 5.</b> Análisis de regresión de la escala UWES                                                         |     |
| Tabla 5.1. Resultados de la regresión lineal múltiple y predictores del Compromiso Psicológico General .....    | 536 |
| Tabla 5.2. Resultados de la regresión lineal múltiple que predicen el Vigor .....                               | 537 |
| Tabla 5.3. Resultados regresión de la lineal múltiple que predicen la Dedicación .....                          | 538 |
| Tabla 5.4. Resultados de la regresión lineal múltiple que predicen la Absorción.....                            | 539 |

# INTRODUCCIÓN



## **Introducción**

Esta tesis doctoral toma como referencia los constructos del estrés como proceso y la Psicología Positiva en el ámbito organizacional de la salud, en una muestra de profesionales de enfermería. En concreto, se basa en la efectividad de los factores psicosociales y recursos personales positivos y su integración en el bienestar psicosocial como inversión, sin descuidar los factores psicosociales negativos y su coste como herencia del estrés. La combinación de estos factores puede incidir en el bienestar psicosocial de los profesionales al potenciar el capital psicológico positivo a través de los recursos personales de los trabajadores y los recursos propios de la organización.

Los recursos personales son competencias propias de las personas que conforman el equipo de trabajo, que solos o en interacción con los recursos laborales y extraorganizacionales son funcionales a la hora de afrontar demandas laborales o extraorganizacionales (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012). Suponen, además, un beneficio valioso por parte de la persona que puede ser de carácter material, social, psicológico o energético. Asimismo, su mantenimiento y protección posee un fuerte componente motivacional, de aprendizaje y desarrollo, tanto a nivel individual como colectivo (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2007). Por otra parte, el término de bienestar psicosocial es considerado el concepto opuesto al malestar psicosocial y se vincula con el concepto de Salud de la OMS (1948), entendido como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia afecciones o de enfermedades. A partir de estas consideraciones, un enfoque positivo puede tener una repercusión beneficiosa a nivel sanitario, social, organizacional y económico.

Otro de los ejes sobre el que se vertebra la presente investigación es el estrés, que es definido como un estado de alerta del ser humano frente a la presencia de exigencias,

tensiones y peligros internos o externos que genera alteraciones psicosomáticas, causado por estresores, los cuales también pueden conducir a un equilibrio del sistema cognoscitivo, emocional y ambiental o de estado de bienestar personal.

En función de las adversidades, unos sujetos aprenden a desarrollar estrategias de afrontamiento que inhiben los efectos del riesgo y pueden considerar los distintos estilos de afrontamiento como un constructo formado por fortalezas y recursos personales que reducen la vulnerabilidad de la persona frente a las situaciones adversas. La presencia de factores psicosociales implica la posibilidad de activar los estilos de afrontamiento, que se asumen o se evitan, cuando hay compromiso psicológico en el trabajo (Gil-Monte, 2003).

El colectivo de trabajadores en el ámbito de la salud es un grupo expuesto a una gran cantidad de estresores organizacionales y extralaborales. De un modo concreto, los profesionales de enfermería se enfrentan a diversas situaciones donde el impacto en la calidad de vida y salud es muy alto, por lo que es de gran importancia identificar aquellas estrategias de afrontamiento ante el estrés adecuadas y evitar así las consecuencias negativas del distress crónico (Hernández-Mendoza, Cerezo y López, 2007). Las buenas prácticas para el desarrollo de recursos humanos desde las organizaciones saludables son específicas para cada organización, por lo que es importante conocer qué es positivo para la organización y cómo se puede implementar (Salanova y Schaufeli, 2009).

En este estudio se considera al profesional de enfermería como un modelo de salud y de bienestar frente al usuario, familiares, compañeros, la sociedad y de la propia organización donde desarrolla su actividad laboral. Igualmente, han de prolongar la jornada con sus respectivas responsabilidades personales, familiares y sociales.

En 2004, Schaufeli y Bakker definieron el compromiso psicológico como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción. En otras palabras, es el trabajo extra y dedicación que dan los trabajadores a su organización, aunque ésta no lo solicite. El compromiso psicológico en el trabajo puede considerarse como la disposición de una persona, movilizada por una causa, a expresar su voluntad por hacer más de lo esperado, que denota un compromiso auténtico con los objetivos de la organización y del equipo, al tiempo que demuestra una preocupación que trasciende los límites de su propia tarea (Ali y Buckley, 2008; Fidalgo, 2008; Salanova y Schaufeli, 2004).

Entendiendo el estrés como un proceso y bajo la perspectiva de la Psicología Organizacional Positiva, este estudio trata de identificar algunas de las características psicosociales individuales, organizacionales y extralaborales (Gil-Monte y Peiró, 1997; Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006) que más protegen a los profesionales de enfermería en situaciones de estrés continuo (trabajadores saludables) y analizar en qué medida variables personales como los estilos de afrontamiento como respuesta adaptativa (coping) demuestran un valor predictivo. El objetivo general de esta investigación es identificar los niveles de compromiso psicológico en el trabajo y variables relacionadas como: los factores psicosociales laborales y extralaborales, los estilos de afrontamiento, el estrés asistencial y el estado general de salud en los profesionales de enfermería en activo y en formación. Posteriormente, realizar una valoración positiva en la exposición de factores psicosociales laborales y extralaborales (factores protectores), determinar el papel moderador de las estrategias de afrontamiento (recursos personales protectores) en los niveles del estrés asistencial, sobre la percepción del estado de salud y su expresión en los niveles de compromiso psicológico en el trabajo. Se consideran variables intervinientes: el sexo, edad, categoría profesional, servicios especiales, relación de empleo y la antigüedad en trabajadores de enfermería de distintos hospitales públicos de Bizkaia. Con

todo ello, se pretende identificar el perfil del bienestar psicosocial (salud física, psicológica y social) del trabajador sano en la organización saludable, entendido este último concepto como una organización sana que considera y cuida la salud de los profesionales que trabajan en ella, mejorando el capital humano y su desempeño laboral.

Con el objetivo de identificar aquellos factores psicosociales protectores en el contexto laboral, esta investigación presenta un autocuestionario *ad hoc* que aglutina un grupo de factores psicosociales relacionados con aspectos organizacionales laborales y extralaborales.

Como se ha dicho anteriormente, todas las personas se enfrentan a estresores. Sin embargo, no todas responden de la misma forma ya que dependen de la situación y del contexto laboral en el que se puede generar conductas de adaptación para superar los acontecimientos y sobrellevar el trabajo, o bien mostrar conductas desadaptativas que reflejan un gran desajuste psicosocial. Los estresores pueden provocar dos tipos de respuestas por parte de las personas: por un lado, el estrés asistencial crónico (Síndrome de burnout) como respuesta negativa (distress) se expresa cuando el trabajador percibe un ambiente negativo, poco motivador, desilusión y con una carga de trabajo excesiva para sus capacidades de respuesta, por otro lado, compromiso psicológico en el trabajo (Engagement) como respuesta positiva (eustress) que se relaciona con el trabajador comprometido y que se refleja cuando el trabajador percibe un ambiente laboral positivo que favorece conductas proactivas que conllevan en el trabajador la expresión de energía, pasión y compromiso. En consecuencia, estos aspectos psicosociales pueden incidir en la salud y en las relaciones laborales dentro y fuera de la organización en la percepción de malestar o bienestar psicosocial. El rol de los factores protectores psicosociales organizacionales y de los estilos de afrontamiento activos,

permitirá entender su relevancia como predictores del compromiso psicológico en el trabajo y su impacto en la salud o bienestar psicosocial de la muestra objeto de estudio.

En la actualidad, desde el marco de la Psicología Positiva hay pocos estudios que analicen los factores psicosociales y las variables psicológicas que actúan como reguladores de los niveles de los procesos de estrés asistencial (Bernaldo y Labrador, 2007; Macik-Frey, Quick y Nelson, 2007; Peiró y Tetrick, 2011; Ríos et al., 2010). Se trata de aspectos psicológicos, sociales, organizacionales y físicos del trabajo, que además de modelar los aspectos psicosociales y del estrés asistencial tienen un efecto estimulador del crecimiento personal (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001a). Estos aspectos interaccionan con variables psicológicas como el compromiso psicológico en el trabajo durante el proceso del estrés asistencial. La Psicología Positiva es un constructo asociado al bienestar psicológico que se relaciona con la salud psicosocial, el cual busca cuidar la salud de las personas y desarrollar ambientes saludables. Este enfoque es fundamental, ya que constituye un giro importante en el estudio de la Psicología, al centrar su posición en lo positivo (Parra, 2010; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002; Vázquez y Hervás, 2009).

Coincidiendo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) y de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2010) en relación a los aspectos psicosociales y el estrés, se insta a las organizaciones al fomento del bienestar psicosocial en el lugar de trabajo ya que supone promocionar la salud en la población.

Desde esta investigación se propone explorar e identificar aquellos factores que actúan como predictores del compromiso psicológico en el trabajo y cuál es el papel del estilo de afrontamiento frente al estrés asistencial, expresados a través del bienestar psicosocial, que parte desde la perspectiva del estrés como proceso y de la Psicología Positiva. Para ello se

realiza este estudio de enfoque cuantitativo realizado en dos hospitales públicos de la provincia de Bizkaia. Para ello, la presente Tesis Doctoral se estructura en cinco apartados, que abordan las perspectivas actuales del bienestar psicosocial en la organización bajo el paradigma de la Psicología Positiva. Los apartados de este trabajo se describen a continuación:

El marco teórico incluye cuatro capítulos que constituyen el primer bloque de contenidos se repasan las aproximaciones teóricas realizadas en torno a los principales aspectos que se tratan en esta tesis doctoral. En primer lugar, se describe el Marco Teórico, se presenta el conjunto de modelos teóricos que describen los conceptos que dan apoyo al diseño metodológico de este estudio, así como investigaciones empíricas en torno a las principales cuestiones que se tratan en esta Tesis Doctoral. Además, se incluyen los objetivos generales y específicos que se pretenden de esta investigación, así como las hipótesis de partida que guían la misma.

El Capítulo 1 introduce una revisión general del estrés como legado histórico y el afrontamiento, desde las concepciones más clásicas hasta las que se utilizan la actualidad en el ámbito de la Psicología. Tras esto, se describen algunos aspectos relacionados con el estrés asistencial (burnout) en las profesiones de ayuda en el ámbito hospitalario.

En el Capítulo 2 se realiza una breve descripción del paradigma de la Psicología tradicional como coste hasta el nuevo enfoque de la Psicología Positiva como inversión. Actualmente, la Psicología Positiva traslada los resultados provenientes de sus investigaciones al campo de la Psicología Organizacional Positiva, otorgando así un enfoque diferente a la Psicología de la Organización. A continuación, se describen ambos paradigmas para exponer seguidamente las principales aportaciones en el ámbito organizacional, que dan paso a diferentes perspectivas teóricas relacionadas con la Psicología Organizacional

Positiva, ofreciendo un análisis de la medida utilizada en la investigación científica para evaluar la dimensión del Compromiso Psicológico (engagement), concretamente, el compromiso psicológico en las profesiones de ayuda humana, como es el caso de la profesión de enfermería.

Posteriormente, en el Capítulo 3 se realiza una breve descripción del constructo de factores psicosociales bajo el paradigma de la Psicología Positiva, modelos teóricos de evaluación psicosocial, tipos de metodología de evaluación de algunos instrumentos de evaluación de factores psicosociales, que apoyan la elaboración del inventario de factores psicosociales *ad hoc* que se presenta en esta investigación.

Por último, en el Capítulo 4 se describen las diversas investigaciones empíricas que proporcionan apoyo conceptual a las variables presentadas en este estudio. Por una parte, se estudia la relevancia empírica de las estrategias de afrontamiento asociada al compromiso psicológico como respuesta positiva, por otro, se estudia la relevancia empírica de algunos factores que actúan como predictores del compromiso psicológico y del papel del estilo de afrontamiento en el compromiso psicológico frente al estrés asistencial.

En el segundo bloque de contenidos se describe el estudio empírico. En el desarrollo del capítulo 5 se exponen los aspectos relativos a la metodología que caracterizan esta investigación. En concreto, se describe el tipo de estudio y las características de la muestra que ha participado en el estudio. Seguidamente se detalla la definición conceptual y operacional de las variables utilizadas y se describen los instrumentos de evaluación utilizados para recoger la información de aspectos sociodemográficos y laborales, factores psicosociales, estrés asistencial, estilos de afrontamiento, estado general de salud y compromiso psicológico. A continuación, se expone el procedimiento seguido para contactar con las profesionales de enfermería en activo y estudiantes en formación, desde las primeras

reuniones con los responsables de los servicios hasta el encuentro con los participantes. Por último, se especifica el plan de análisis estadístico llevado a cabo, el tratamiento estadístico de los datos y las técnicas empleadas para dar respuesta a los objetivos planteados en esta tesis doctoral.

El análisis empírico comprende los capítulos 6, 7 y 8, y constituye el tercer bloque de contenidos. El capítulo 6 está dedicado a los resultados. En este apartado se describen los resultados procedentes de los análisis de datos realizados. Este capítulo comenzará con un análisis descriptivo que trata de responder a los seis objetivos específicos planteados en esta tesis doctoral, es decir: 1) diseñar y validar un cuestionario de aspectos psicosociales organizacionales y extralaborales. Este instrumento fue denominado Inventario de Factores Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS); 2) describir las variables de tipo sociodemográfico y laboral, además de los niveles de factores psicosociales, los estilos de afrontamiento, estrés asistencial, el estado general de salud y el compromiso psicológico en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación; 3) en relación a las variables de categoría profesional y sociodemográficas como: género, edad, tipo de servicio (especial u hospitalización), relación de empleo y la antigüedad, en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación, identificar y comparar los niveles de cada una de las dimensiones del inventario de factores psicosociales, el uso de estilos de afrontamiento, el estrés asistencial, el estado general de salud y compromiso psicológico y determinar si existen diferencias; 4) identificar y analizar la relación que tienen las estrategias de afrontamiento sobre cada una de las subescalas del compromiso psicológico y estrés asistencial e identificar la presencia de diferencias significativas entre los grupos de profesionales en activo y en formación; 5) explorar y analizar la asociación entre los niveles del compromiso psicológico y cada una de sus dimensiones del IFPOS, estilos de afrontamiento, el estrés asistencial y la percepción del estado general de salud; además,

identificar para cada una de las variables analizadas aquellas variables predictoras del compromiso psicológico en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y en formación; y 6) describir el grado de percepción de pertenencia a una organización saludable en el colectivo de enfermería en activo y en formación.

En el Capítulo 7 se presentan las principales discusiones extraídas de los resultados obtenidos y se integran en el marco teórico y empírico que apoya el estudio de las dimensiones planteadas para ésta población. Seguidamente, se detallan las principales limitaciones de la investigación.

En el Capítulo 8, se detallan aquellas conclusiones más relevantes de este trabajo, en base a los resultados obtenidos de este estudio empírico, a partir de la formulación de los objetivos y de las hipótesis de trabajo establecidas en ésta Tesis Doctoral. Del mismo modo, se presentan algunas implicaciones prácticas para finalizar con algunas recomendaciones para futuras líneas de actuación.

Por último, en el cuarto y quinto bloque de contenidos, se detallan las fuentes bibliográficas utilizadas a lo largo de la Tesis Doctoral. En el apartado de anexos, se presentan los modelos de documentos originales que se han utilizado en el presente estudio y tablas de resultados.



## **PARTE I. MARCO TEÓRICO**



## **CAPÍTULO 1. ESTRÉS Y PROFESIONES DE AYUDA**



## **1. Antecedentes históricos del estrés**

El estrés es uno de los factores psicosociales más estudiados en la literatura científica internacional a lo largo de las últimas seis décadas. Sin embargo, actualmente existen dificultades para consensuar su significado. El número elevado de teorías en torno a este constructo ha dejado patente la complejidad del término. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Esta definición ha sido ampliada con la inclusión de la respuesta que experimenta ante intensas demandas (Melgosa, 2006; de Rivera, 2010). Desde el ámbito de la Psicología, el estrés también puede ser considerado como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan ante las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, es decir, los esfuerzos que realiza una persona para anticiparse, desafiar o cambiar las condiciones para alterar una situación estresante (Collados y García, 2012; Lazarus y Folkman, 1984, 1986).

El ser humano permanece en un estado continuado de estrés. La palabra estrés proviene de la forma del latín “stringere” que significa oprimir, apretar, atar (strictus-a-um: conciso, severo). El término de estrés se utilizó por primera vez en inglés con el propósito de describir la opresión, adversidad y dificultad. Desde una terminología proveniente de las ciencias físicas y de la ingeniería se define como “la fuerza que soporta un objeto hasta deformarse o romperse” (Chic Palacín, 1996).

El término estrés ya fue utilizado en el siglo XIV como sinónimo de sufrimiento o de experiencias problemáticas. Fue recuperado por el biólogo y físico R. Hooke en el siglo XVII para describir la fuerza interna de un cuerpo en oposición a fuerzas externas que tienden a provocar una distorsión en el mismo (Lazarus, 1993).

A partir del siglo XVII, el término amplió su significado para denotar sufrimiento, privación, calamidad y adversidad. En el siglo XVIII tiene lugar una evolución semántica, puesto que se incluye la consecuencia emocional que denota este estado.

Durante el siglo XIX, su aceptación se modificó para connotar la presión, fuerza, tirantez, o sobreesfuerzo (strain) aplicado sobre un objeto material o persona. Este último concepto, fue exportado al campo de las ciencias biológicas y médicas por Hinkle (1973).

En el siglo XIX se producen las primeras investigaciones sobre el estrés. Según Claude Bernard (1878), el estrés fisiológico es necesario para el ritmo biológico, es decir, para la fijación del *milieu interieur* (medio interno). Por el contrario, el exceso de estímulos es peligroso y, en caso de que sobrepase la capacidad de adaptación del ser humano, causaría las enfermedades (Chrousos y Gold, 1992).

En el siglo XX los precursores en la investigación del estrés y su relevancia sobre la salud han sido Cannon (1935), Selye (1936) y Wolff (1950), a partir de los trabajos desarrollados por Claude Bernard. Fue Walter Bradford Cannon, neurólogo y fisiólogo norteamericano, quien en el año 1911 empleó por primera vez el término, refiriéndose al estrés como aquel estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida. Posteriormente, este concepto también se utilizó para designar los factores del medio cuya influencia exigen un esfuerzo inusual de los mecanismos de regulación del individuo (Gómez y Escobar, 2002). Cannon definió un modelo en el que el organismo era concebido como un sistema encargado de mantener un equilibrio mediante mecanismos de retroalimentación. Para este autor, el estrés representaba una alteración de la homeostasis en la línea del modelo proveniente de la física que implica una estabilidad ausente, por ejemplo, en situaciones de frío, falta de oxígeno o hipoglucemia, entre otras. En este sentido, su concepción del estrés estaba orientada hacia la respuesta fisiológica que produce un organismo ante un estímulo

estresante. En relación con este postulado, Cannon (1914) propuso la existencia de una reacción de alarma para explicar el incremento en la secreción de adrenalina tras la exposición del organismo a cualquier estímulo estresante como una forma de adaptación a la situación de estrés (Gómez y Escobar, 2002).

En los años veinte, el médico austrocanadiense Hans Selye observó que sujetos con diferentes enfermedades infecciosas presentaban una sintomatología común que parecía ser una respuesta inespecífica del organismo a la enfermedad. De esa manera, describió las consecuencias patológicas del estrés crónico, así como las características generales de la respuesta del estrés. A partir de sus primeras observaciones, desarrolló una línea de investigación que le llevó en 1946 a definir el Síndrome General de Adaptación (SGA) como la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda del medio o forma de estímulo nocivo, en los que incluye las amenazas psicológicas. De esta forma, si la duración es suficientemente prolongada, el organismo puede entrar en una etapa de agotamiento. Selye consideró que cualquier estímulo podría derivar en un estresor siempre que provocase en el organismo la correspondiente respuesta biológica de reajuste. No obstante, no incluyó los estímulos psicológicos entre los agentes causales; el estrés era considerado fundamentalmente una respuesta fisiológica, aún cuando diferenció entre el eustress y distress, el efecto beneficioso y perjudicial para el individuo, respectivamente (Gómez y Escobar, 2002).

Selye fue uno de los primeros autores que identificó otras características del estrés, afirmando que además de sus características de tono negativo que agota fuerzas vitales y produce síntomas psicosomáticos, también posee un carácter positivo que tonifica el cuerpo y permite realizar acciones que favorecen la adaptación al contexto. Para distinguirlos empleó dos prefijos, el griego “eu-”, creando la palabra “eustress” (que significa fuerza para

soportar/estrés positivo) y el inglés “dis-” formando la palabra “distress”, que deriva en pena o sufrimiento/estrés negativo (Bordelois, 2009).

Socialmente, se considera que el estrés es una experiencia nociva que puede llegar a producir graves problemas de salud. Sin embargo, esta concepción negativa del estrés no siempre es cierta, ya que puede suponer un fenómeno adaptativo de los seres humanos. De hecho, en un estado general de bienestar y salud el organismo se encuentra preparado para afrontar situaciones de distress; el estado de salud está en peligro cuando se impone la sensación de que a pesar del esfuerzo no se lograrán los objetivos. Bajo estas condiciones, la experiencia de distress, entendido como sensación desagradable, puede tener efectos negativos en la salud (Selye, 1974). Por estos motivos, el estrés debería ser considerado como un continuo en el cual un individuo puede situarse en un estado de eustress, distress medio/moderado o distress severo. La progresión a lo largo del continuo eustress-distress es subjetiva y depende de la relación entre el individuo y su medio (Párraga, 2005).

Siguiendo esta línea de investigación, Colligan y Higgins (2005) comprenden el estrés como el cambio en el estado mental o físico de una persona en respuesta a situaciones (estresores) que representan un desafío o una amenaza. Estos autores retoman los postulados de Hans Selye en su forma básica, que divide el estrés en dos categorías: eustress y distress. El estrés es una reacción y si previamente el estresor asociado ha sido cognitivamente evaluado como positivo o retador se considera eustress. Por el contrario, si los estresores asociados son evaluados de manera negativa se trata de distress (Hermosa y Perilla, 2015). Según Colligan y Higgins (2005), estos dos tipos de estrés pueden favorecer el alcance de metas propuestas, aunque un nivel crítico de intensidad y duración de la activación puede conducir al estrés asistencial y a la enfermedad física. Aunque todos los individuos presentarán una respuesta física, emocional, comportamental y cognitiva, la diferencia está

conformada por la capacidad de afrontamiento frente al estresor. En el contexto laboral no es solamente una respuesta fisiológica a una situación estresante, sino también una interacción entre las demandas percibidas de la situación que se evalúan cognitivamente, los recursos que el trabajador tiene para amortiguar el estresor y las características individuales del mismo. Las respuestas fisiológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales serán el resultado de la interacciones entre estos factores.

Como se ha referido, el eustress tiene connotaciones positivas para el mantenimiento de la salud. Está directamente relacionado con la motivación y el sentimiento de logro, produce una activación óptima, alegría, felicidad, potencia la autoestima, fortalece el sistema inmunitario, produce un autocontrol de la activación cardiovascular, aumenta la percepción de apoyo social disponible y con ello, proporciona la liberación y desconexión de las sobrecargas emocionales. Por otro lado, el distress tiene un efecto negativo para la salud, llegando a provocar disfunciones psicofisiológicas, y su mantenimiento a largo plazo puede favorecer el desarrollo de ansiedad, depresión, miedo e irritabilidad. A nivel fisiológico, aumenta la actividad cardiovascular y sitúa al organismo en una situación inmunológicamente deficitaria. Existe además un aumento de conductas desadaptativas o patológicas, con una dificultad manifiesta para mantener relaciones interpersonales, descenso de la percepción de apoyo social disponible y, consecuentemente, aislamiento social (Broom, 1996; Terluuw, Schouten y Ladewig, 1997).

Selye (1974), en su publicación *The Stress of Life* (El estrés de la vida), ofrece una explicación profunda del estrés donde recoge que ante el enfrentamiento a una nueva situación, el cerebro recibe información que se transmite y analiza a través de los sentidos y que es relacionada con recuerdos almacenados sobre anteriores experiencias. Si la evaluación es negativa, el cerebro envía una señal que libera las hormonas de adrenalina, situando al

organismo en un estado de alerta o resistencia dando lugar a largo plazo a la aparición de síntomas de cansancio y fatiga. En la mayor parte de los casos, una vez concluye el sentimiento de amenaza, el cuerpo se recupera. Si la situación se prolonga puede provocar un estado de extenuación. En esta situación, el nivel de resistencia desciende provocando la aparición de nuevas señales de alarma que conllevan un sufrimiento físico y mental. Si este estado se prolonga, la persona empezará a experimentar distintas manifestaciones que pueden propiciar la aparición de la enfermedad (González de la Rivera, 1980).

Frente a la posición biologicista de Selye, Engel (1962) definió el estrés psicológico como aquel proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona que implica un apremio o exigencia sobre el organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado ningún otro sistema (Morera Fumero y González de la Rivera, 1983).

Harold G. Wolff, en la década de los cincuenta, aporta un elemento dinámico en el proceso de estrés. Sistematizó la vinculación del estrés con la patología al definirlo como un proceso biológico de respuesta basado en patrones fisiológicos estereotipados que son adaptativos ante las amenazas físicas, pero no ante las de origen simbólico o psíquico. De ese modo, el concepto de estrés queda ampliado con la inclusión del contexto en el que se incluyen procesos cognitivos que interactúan con el ambiente social e interpersonal.

Mason (1968) dotó al estudio del estrés de un componente focalizado en la naturaleza de estímulos estresores. De esta forma, fue el primero en señalar la actividad emocional como primera mediadora y agente que actúa sobre el hipotálamo, responsable a su vez de la actividad endocrina propia de la reacción biológica del estrés. En su Teoría Neuroendocrina del estrés, criticó la inespecificidad de respuesta al estrés al afirmar que desde el punto de vista endocrino no existe inespecificidad sino una respuesta específica a una amplia gama de

estresores. Esta nueva aportación de la respuesta al estímulo propició el desarrollo de estudios sobre el estrés basados principalmente en el carácter del estresor.

Entre las décadas de 1960 y 1970 se desarrollan teorías basadas en el estudio del estrés como un proceso interactivo. Las investigaciones sobre los acontecimientos estresantes más estudiados fueron aquellos de origen externo y no se consideró la interpretación o valoración subjetiva que pueda realizar el sujeto. Los estudios trataron de establecer los factores de riesgo y señalar correlaciones entre los acontecimientos vitales y ciertas enfermedades. Se hizo hincapié en las circunstancias o sucesos importantes que producían cambios fundamentales en la vida de una persona y exigían un reajuste. En esa línea se enmarcan los trabajos de Holmes y Rahe (1967) sobre cuantificación del potencial estresante de diversos acontecimientos vitales y en los que tratan de relacionar la aparición de enfermedades con el estrés. Estos autores definieron el estrés como un suceso que supone un cambio mayor en la pauta de vida habitual, abarcando muchas circunstancias (salud, muerte, bodas, nacimientos, estudios, etc.), que consideraron favorecedoras de distintas enfermedades. Esta visión del estrés como ajuste social propició la fundamentación del concepto de estresor.

Los trabajos de Harold Wolff (1950) pueden considerarse un nexo de unión entre los postulados de Engel (1962) y Holmes y Rahe (1967). Así, Wolff conceptualizó el estrés vital como una respuesta específicamente humana a distintos tipos de agentes nocivos y amenazantes. Las enfermedades causadas por el estrés se producen cuando repetidas e intensas apreciaciones de amenazas provocan unos patrones estereotipados de respuestas fisiológicas, adecuadas y eficaces para hacer frente a amenazas interpersonales o simbólicas. Wolff (1979) diferenció tres valores que podía tomar el estrés: 1) el estrés cierto tipo de estímulo o situación que exige del individuo un esfuerzo mayor del habitual; b) el estrés

como la respuesta del organismo a tales demandas; y c) el estrés como un tipo de relación entre el individuo y su ambiente.

Lazarus (1966) fue otro gran teórico que abordó el estrés desde una perspectiva de estudio conceptual. Sugirió que el estrés fuera tratado como un constructo organizador para comprender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. De esa manera, no consideró el estrés como una variable única sino un conjunto de distintas variables y procesos. Lazarus (1986) define el estrés como un proceso dinámico en el que intervienen variables del organismo que interactúan entre sí ante la percepción de una situación como amenazante y la propia capacidad de afrontamiento de dicha situación. Es un fenómeno genérico basado en un modelo interactivo que se integra en la concepción biopsico-social de los procesos de salud y enfermedad. Las características más relevantes desde el punto de vista clínico vienen condicionadas por factores subjetivos de tipo cognitivo que determinan que una misma situación tenga consecuencias distintas en individuos diferentes. Diversas variables influyen en la percepción de amenaza, como pueden ser la predicción, su control o duración. Por otra parte, las experiencias biográficas o acontecimientos vitales que implican un cambio en la vida del individuo y requieren un esfuerzo para la adaptación, se han señalado como preludio de diversas patologías (Stora, 1990).

Las líneas de investigación actuales parten de los trabajos de Lazarus iniciados en los sesenta y configuran un modelo en el que el estrés viene definido por su carácter de amenaza para el individuo. Esta amenaza depende de la percepción y evaluación realizada sobre estímulos provenientes de su interacción con el ambiente y de los recursos para el afrontamiento (Ewbank, 1985; Selye, 1973).

En la década de los ochenta se carecía de una definición operativa del concepto de estrés y la comunidad científica y clínica debatía acerca del carácter del estrés como un

estímulo o como una respuesta (Toro, 1983). Por su parte, la literatura médica incluye ambas acepciones y en ocasiones es ampliada mediante la inclusión de frustración, conflicto, desadaptación e incluso ansiedad (Bernardo y Canalda, 1989).

Sandín (1995) define el estrés como un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos que median entre ambos. Supone un estado del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo. Además, es un proceso dinámico que involucra diferentes variables que operan a distintos niveles que interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés), variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales (tipo de personalidad) y elementos demográficos (sexo, edad, etc.). De ese modo, bajo determinadas circunstancias el estrés puede ser positivo, saludable e incluso estimulante, o bien puede estar implicado en la morbilidad y mortalidad, así como en la vulnerabilidad, causa y curso de muchas enfermedades y trastornos. Las reacciones de estrés se presentan agrupadas en tres bloques: fisiológicas, emocionales y cognitivas:

- Las reacciones fisiológicas comprenden las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo, como aumento de la presión sanguínea, incremento de la tasa cardíaca, incremento de la actividad estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, incremento de la respiración, manos frías, sequedad de la boca, pies fríos, entre otras (Sandín, 1995). El efecto de esta respuesta sobre la salud a largo plazo puede ser fatal ya que deteriora el sistema inmunológico el cual es encargado de proteger a nuestro organismo de todo aquello que podría causarnos una enfermedad (Herbert, 1994).
- Las reacciones emocionales abarcan las sensaciones subjetivas de malestar emocional, como el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira (Sandín, 1995; Taylor, 1999).

- Las reacciones emocionales cognitivas están compuestas por tres tipos de respuestas: la preocupación, la pérdida de control y la negación. Estas se presentan acompañadas de bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de irrealidad, procesos disociativos de la mente, entre otros (Sandín, 1995). Estos síntomas afectan el rendimiento de la persona y la relación que establezca con los demás.

En vista de los avances producidos en el campo del estudio del estrés, la integración conceptual permite la caracterización y definición del fenómeno como la alteración física o psíquica de un individuo, producida por un exceso de trabajo, de tensión nerviosa o de cualquier tipo; implica la existencia de una amenaza ante la cual el organismo requiere ajustes adaptativos que permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia de acuerdo a su experiencia, predisposición biológica y su estado (Day, 2005; Johnson, Kamilaris, Chrousos y Gold, 1992; De Rivera, 2010; McEwen, 2005; Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008).

## **2. Dimensiones del estrés**

El estudio del estrés ha presentado tres orientaciones teóricas fundamentales que han influido en la relevancia que este constructo presenta en la actualidad: 1) el estrés como una respuesta; 2) el estrés como estímulo; ó 3) como un proceso interactivo entre la persona y el medio, estrés psicosocial y estrés focalizado en la interacción. Los estudios realizados han permitido que las tres perspectivas hayan acumulado un cuerpo de evidencias que a su vez han revertido en una más honda comprensión del fenómeno del estrés (Chrousos y Gold, 1992).

A continuación, se describen los diferentes tipos de estrés que se relacionan entre sí y que tienen en común la relación existente entre el ambiente, las demandas y el desequilibrio que producen las demandas y recursos que pueden facilitar o dificultar la búsqueda de medios adecuados para la adaptación del individuo.

### **2.1. El estrés biológico. La teoría basada en la respuesta**

El estrés es un patrón de reacciones fisiológicas y psicológicas con el cual el individuo responde de forma inespecífica a distintos estresores. A nivel biológico, el estrés es un estado de activación autonómica y neuroendocrina, con inhibición inmunológica y conductual que implica un estado emocional displacentero (Lyon, 2012; Valdes, 1989).

El estrés es un proceso biológico que sucede cotidianamente y con elevada frecuencia, que puede incluso resultar positivo por su valor al mejorar la capacidad de afrontar los desafíos presentes en el entorno, permite escapar de ciertas amenazas o la adaptación ante exigencias novedosas. Ciertos tipos de estrés, o determinados niveles de ansiedad, se están revelando como desencadenantes de sufrimiento y enfermedades, ya sea en forma de trastornos psicosomáticos y/o daños psíquicos. Este hecho suele ocurrir si la persona no encuentra la respuesta adecuada a la demanda que le plantea el entorno, ni el apoyo externo necesario para hacerle frente en un tiempo razonable (Lyon, 2012).

El estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas, es decir, una acumulación de sobreesfuerzo constante, una tensión emocional y/o intelectual fuerte. Para ello, el organismo humano dispone de un refinado sistema de mecanismos de protección para cualquier situación que produzca estrés. La respuesta de estrés no es negativa en sí misma, sino que pretende facilitar la disposición de más recursos para hacer frente a las situaciones excepcionales. En el ámbito

laboral, por ejemplo, el equilibrio entre la demanda y la respuesta adaptativa permitirá al trabajador responder adecuadamente a la exigencia, es decir, un mayor control sobre la demanda conlleva un menor padecimiento de estrés (Escribà-Agüir, 2005).

Ante una situación de estrés, el organismo desencadena una serie de reacciones fisiológicas que activan el eje hipofiso-suprarrenal y el sistema nervioso vegetativo. Ambos sistemas producen la liberación de hormonas al torrente sanguíneo que son responsables de excitar, inhibir o regular la actividad de los órganos. Todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo (coping).

Para Selye (1936) el estrés es un conjunto de reacciones adaptativas que tienen lugar en el organismo como respuesta fisiológica automática ante cualquier cambio interno o externo, que genera el Síndrome de Adaptación General en tres fases:

1. Etapa de reacción de alarma: se da una respuesta inicial del organismo ante un agente nocivo en dos fases: choque y contrachoque. El cuerpo moviliza recursos para hacer frente al estrés añadido mediante el aumento de la tasa cardíaca y secreción de hormonas asociadas al estrés, como la adrenalina, noradrenalina, epinefrina y cortisona. Ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, es decir, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante, además de una serie de manifestaciones somáticas (Cruz y Vargas, 2006; De Rivera, 2010; Hernández-Mendoza et al., 2007; Lyon, 2012) (ver Tabla 1).

Se genera también una activación psicológica que provoca el aumento la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo suficiente para recuperarse.

Tabla 1

*Manifestaciones somáticas principales ante un estímulo estresante*

|                                         |                                                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| - Sequedad de boca                      | - Aumento de la secreción de adrenalina y noradrenalina |
| - Dilatación pupilar                    | - Dilatación de las arterias principales                |
| - Sudoración                            | - Constricción de los vasos periféricos                 |
| - Activación de la tensión muscular     | - Aumento del índice de coagulación sanguínea           |
| - Taquicardia                           | - Dilatación bronquial                                  |
| - Aumento de la frecuencia respiratoria | - Suspensión de actividad gástrica                      |
| - Aumento de la tensión arterial        | - Aumento de la actividad cerebral                      |
| - Incremento en la síntesis glucídica   |                                                         |

2. Etapa de resistencia: esta fase comprende la adaptación más o menos satisfactoria al agente estresante específico. El cuerpo reacciona ante la fuente del estrés, mientras que la resistencia ante otros estresores disminuye. Aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación. Cuando un individuo es sometido de forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo si bien prosigue su adaptación de manera progresiva, puede sufrir una disminución de sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas secretoras de las hormonas del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio interno y externo del individuo. De esta forma, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo no presentará problema alguno (Cruz y Vargas, 2006).

Posteriormente actualizaciones han incorporado como variables centrales las respuestas de los sistemas nervioso central, neurovegetativo, endocrino e inmunológico, conformando lo que actualmente se reconoce como la psiconeuroendocrinoinmunología, disciplina científica basada en la idea de que el comportamiento humano puede influir en el sistema inmune (Arce, 2007; Cohen y Janicki-Deverts, 2009; Danielson, Matheson y Anisman, 2011; Trujillo, Oviedo y Vargas, 2001).

3. Etapa de agotamiento: este fenómeno puede ocurrir cuando la fuente del estrés es fuerte y de bastante duración, se produce el fracaso de la resistencia y el organismo acaba sucumbiendo ante la agresión. Los recursos del organismo disminuyen, lo que puede provocar consecuencias adversas como enfermedad severa e incluso la muerte, en caso de que el estrés no disminuya. Como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superar las capacidades de resistencia y el organismo entra en una fase de agotamiento, con la presencia de alteraciones psicosomáticas. Este agotamiento reduce al mínimo las capacidades de adaptación de la persona y disminuye su capacidad de respuesta. Durante la etapa anterior el organismo moviliza sus defensas para combatir el estrés. Cuando estas defensas están activadas mucho tiempo las reservas de energía se agotan rápidamente dando lugar a la etapa de agotamiento, que favorece la presencia de distintas manifestaciones como la ansiedad, desarreglos menstruales, depresión, trastornos sexuales, hipertensión arterial, infarto cardiaco, procesos alérgicos e inmunológicos, migraña, dermatitis, úlceras gástricas o duodenales, cefaleas, insomnio, estreñimiento, aumento de alcoholismo, drogadicción, u obesidad.

De acuerdo con Lyon (2012), las principales críticas a este modelo se basan en tres puntos fundamentales: 1) el concepto de inespecificidad; 2) la confusión conceptual acerca del termino estrés; y 3) la ausencia de factores cognitivos. Respecto a la inespecificidad, Mason (1968), basándose en las respuestas de estrés en primates, señala la sensibilidad del sistema endocrino a los estímulos emocionales. Junto a ello, las evidencias sobre distintas emociones que provocaban respuestas fisiológicas concretas sustentaron una fundamentación robusta que permitió rechazar la inespecificidad de la respuesta de estrés (Mason, 1971). Además, las respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés requieren niveles de análisis específicos y diferenciados (Lazarus, 1993). Otras críticas acerca del modelo de Selye hacen referencia a la interpretación del estrés como la respuesta en sí misma, el SGA, o como el

desgaste, los daños o las consecuencias de un SGA excesivamente prolongado. Por otro lado, el modelo considera la persona como un sujeto pasivo donde su falta de análisis de las transformaciones cognitivas del objeto nocivo o de las acciones activas que modulan la respuesta de estrés constituyen otra dificultad al analizar de una manera integral esta dimensión. En la actualidad, el enfoque basado en la respuesta incluye no solo las respuestas fisiológicas sino también los componentes cognitivos y conductuales (Pérez Padilla, 2014).

## **2.2. El estrés psicosocial como estrés basado en el estímulo ambiental**

En los años 60, Holmes y su equipo iniciaron estudios basados en las dimensiones que podían provocar por sí mismas la respuesta de estrés, dando comienzo así la investigación acerca del estímulo estresor. Desde esta perspectiva, el estrés se focalizada en el estímulo y las teorías que la defienden enfatizan el rol del estresor en el organismo (Holmes y Rahe, 1967). El estudio del estrés tiene sus primeras raíces en las teorías de la emoción de Cannon (Appley y Trumbull, 1986; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Pearlin, Lieberman, Menagham y Mullan, 1981; Thoits, 1983). Desde este punto de vista, el estrés es cualquier suceso que causa una alteración en los procesos homeostáticos. El organismo tiende a un equilibrio homeostático por lo que los cambios en el organismo se deben a la existencia de un desequilibrio en alguno de sus componentes al que sigue un período de reajuste en el cual el sistema lucha por restablecer el equilibrio. Si el organismo permanece en una tensión prolongada puede haber una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad.

La asociación entre la definición del estrés psicológico y social y su solapamiento conceptual favorece el uso del término de estrés psicosocial, como valoración conjunta de ambas condiciones ya que, como se ha visto con anterioridad, no solo es importante la

presencia de un suceso estresante *per se*, sino también la percepción que tiene la persona sobre él (Sandín y Chorot, 1995).

Resulta difícil reunir los factores psicosociales que son potencialmente estresantes para los individuos por dos razones fundamentales: el número de sucesos o acontecimientos estresantes es indeterminado y no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de percibir el mismo suceso como estresante. Así, la carga estresante asignada a un suceso varía de unos individuos a otros y aún en los mismos individuos, de unas situaciones a otras (Sandín y Chorot, 1995).

Los dos grandes precursores de la investigación sobre el estrés psicosocial fueron Harold, Wolff y Meyer (1920-1930). Especialmente, Wolff destacó por sus trabajos sobre medicina psicosomática en el laboratorio del Cornell University Medical Collage, de Nueva York, así como por la publicación de su libro *Life stress and bodily disease*. Estos autores, interesados por la interrelación entre la biología, la psicología, la sociología y los procesos de salud y enfermedad, desarrollaron en las décadas de los veinte y treinta lo que denominaron *life chart* (historia personal). Para ello, confeccionaron fichas donde cada paciente describía las situaciones vitales ordenadas cronológicamente. De esta forma, pretendían conocer no sólo el momento de aparición de la enfermedad, sino también el contexto en el que tenía lugar (Sandín y Chorot, 1995).

Esta visión se relaciona con la teoría basada en el estímulo, dentro de la perspectiva conocida en el ámbito de la psicopatología como Enfoque Psicosocial o de los Sucesos Vitales, que ha tenido una gran influencia en las últimas décadas. Los sucesos vitales se refieren a eventos ordinarios, extraordinarios, transacciones sociales e interpersonales y áreas de gran significación en la estructura social (familia, matrimonio, ocupación, economía,

residencia, relaciones con iguales, educación, religión, actividades recreativas y salud) (Sandín y Chorot, 1995).

Holmes (1967) influenciado por las ideas y aportaciones de Wolff y Meyer, se interesó también por el contexto en que ocurría la enfermedad, lo que le impulsó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos psicosociales y la enfermedad. Así, junto con Rahe, se erigieron como los principales responsables del desarrollo del enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales. Reunieron en su Escala de Reajuste Social (SRRS) los 43 sucesos estresantes más frecuentes y relevantes que se han presentado en las historias clínicas, denominados “acontecimientos vitales” (life events), y les otorgan una puntuación en una escala porcentual según su propia valoración y la de los pacientes afectados, asignando 100 puntos (Unidades de Cambio de Vida) al acontecimiento más relevante (muerte del cónyuge) y 11 puntos para el menos relevante (infracciones menores de la ley). Desde entonces, se han publicado más de mil estudios sobre esta temática y ha influido en diferentes áreas de salud. Esta metodología sirvió como precedente de la implementación en el DSM-III de una recogida de datos vitales relevantes, que se integró posteriormente en el DSM-IV en el eje IV denominado Acontecimientos vitales (Sandín y Chorot, 1995).

La aportación del enfoque de los sucesos vitales fue revolucionaria en las ciencias de la salud porque permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas y supone una orientación psicosocial de la salud (Sandín y Chorot, 1995).

Los aspectos psicosociales deben añadirse a los biológicos para obtener una comprensión global de la enfermedad. Sobre la influencia de los acontecimientos vitales en la salud, se ha pasado de un criterio de intervención directa del acontecimiento vital (AV) a un

criterio que recoge la percepción que el individuo tiene de un AV determinado. La percepción del AV depende de dos variables fundamentales: una interna y otra externa (ver Tabla 2).

Tabla 2

*Variables Percepción de Acontecimientos Vitales (Holmes y Rahe, 1967)*

| Variables | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interna   | Incluye el umbral de sensibilidad biopsicosocial a los estímulos estresantes, la inteligencia, las habilidades sociales, el tipo de personalidad, las defensas psicológicas, las experiencias pasadas, el sentido de dominio sobre el destino, la madurez y características demográficas como el sexo, la edad, etc. |
| Externa   | Se incluye el Soporte social, de Caplan (1974), que es la unión constante de una persona con otra, lo que proporciona un apoyo emocional, asistencia y recursos en un periodo de necesidad.                                                                                                                          |

Ambas variables determinan el estado de vulnerabilidad del individuo frente al agente estresante. Esta vulnerabilidad podría expresarse de dos maneras: por acumulación de acontecimientos inespecíficos o por sucesos específicos susceptibles de causar enfermedad. Sólo cuando el estado de vulnerabilidad sea superado se podría considerar una desestabilización psíquica.

Se asume que los AV tendrán impacto en las personas en función de la madurez personal y del grado de consistencia de su equilibrio ansiedad-seguridad, que a su vez está determinado por el soporte psicobiológico (características constituyentes determinadas por la herencia y por las experiencias tempranas que definen diferencias básicas entre los individuos) y por el soporte sociocultural (contexto social y cultural normativo en el que un individuo está inmerso).

El modelo de estrés y afrontamiento de los seis pasos de Rahe (1967) es uno de los modelos más representativos del enfoque original del estrés psicosocial basado en el concepto de cambios vitales. Este modelo cuenta con las fases que se describen a continuación:

- Fase 1: el individuo percibe el suceso vital estresante. Las variaciones individuales en la percepción pueden alterar la magnitud del suceso vital. Esta alteración puede depender de la experiencia previa con eventos semejantes y de factores sociodemográficos (apoyo social, nivel económico, nivel educativo, etc.).
- Fase 2: tras experimentar una acumulación de unidades de cambio vital reciente, el individuo utiliza mecanismos inconscientes de defensa como la represión, la negación o el desplazamiento. Estas defensas obran como distractores de las señales originadas por los cambios vitales recientes.
- Fase 3: los cambios vitales percibidos pueden estimular numerosas respuestas psicofisiológicas, que dependen de la reactividad psicofisiológica individual. Las respuestas psicofisiológicas, cuando son interpretadas como una amenaza, pueden dar lugar a síntomas conscientes (tensión muscular, cefalea, cambio del estado de ánimo, etc.) o inconscientes (hipertensión, hipoglucemia, etc.).
- Fase 4: la percepción de los síntomas lleva al individuo a intentar reducir las respuestas mediante el empleo de diferentes formas de afrontamiento (relajación, ejercicio físico, automedicación, etc.).
- Fase 5: la persistencia de los síntomas puede dar lugar a una enfermedad. Si los pasos anteriores no se resolvieron eficazmente, el individuo puede enfermar y/o adoptar diferentes conductas de enfermedad, tales como la búsqueda de asistencia médica, convicción de estar enfermo, someterse a tratamiento, obtener baja laboral, etc.

- Fase 6: corresponde a la valoración de la enfermedad llevada a cabo por el clínico, como el diagnóstico.

Esta orientación sigue vigente en la actualidad por su adecuada integración en el enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Sandin, 2003).

Siguiendo la misma línea de investigación, de acuerdo con Lyon (2012), las premisas básicas que sostienen esta teoría son las siguientes: los sucesos vitales son normativos y requiere un reajuste del organismo al cambio; el cambio se considera estresante aunque éste sea deseable; y los reajustes provocados por el cambio pueden provocar enfermedades relacionadas con el estrés.

### **2.2.1. Tipos de sucesos vitales estresantes.**

#### ***2.2.1.1. Estrés postraumático.***

Este síndrome puede producirse tras la experimentación de sucesos vitales altamente traumáticos como grandes catástrofes naturales, acciones bélicas, etc. Su aparición se debe a que los fenómenos que son incontrolables son más estresantes que aquellos que se pueden controlar o prever. El estrés postraumático se considera una reacción caracterizada, entre otros aspectos, por sentimientos de terror, sensación de profunda vulnerabilidad e indefensión, miedo a resultar seriamente dañado y miedo a perder la vida. También pueden presentarse remordimientos o sentimientos de culpa por lo que pudo haberse hecho y no se hizo, o simplemente, por la forma en que se reaccionó (Sosa y Capafóns, 2005).

### **2.2.1.2. Estrés crónico.**

Se trata de sucesos vitales mayores o estrés crónico que tienen una mayor probabilidad de ocurrir. Forman parte de la cotidianidad dentro del ciclo vital de los individuos (matrimonio, cambio de residencia o trabajo, muerte de un familiar, nacimiento de un hijo, enfermedad, etc.). Algunos autores como Pearlin lo han denominado estrés de rol por su implicación en la adaptación a un nuevo rol. El comienzo de un estresor crónico es gradual, tiene un curso de larga continuidad en el tiempo y frecuentemente impredecible (Sandín, 1999). Según Pearlin (1989), los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente se encuentra en sus vidas diarias. Wheaton (1996) resalta dos formas más de estrés crónico: una sería el estrés por falta de ocupación de rol, tal como esperar un hijo cuando no se ha podido tener y, por otra parte, se sitúan los estresores que definen un nuevo rol.

### **2.2.1.3. Estrés diario.**

Diversos autores (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000) lo definen como contratiempos que pueden suceder de forma cotidiana (un examen, llegar tarde a una cita, una prueba médica, aparcar el coche, etc.). El estrés diario, al igual que el estrés por sucesos mayores, implica la existencia de sucesos concretos, con un comienzo y un final delimitados con una duración breve.

La investigación de los sucesos vitales no se centra en un hecho concreto, sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos durante los últimos dos años (estrés reciente). En relación al inicio de un trastorno, los sucesos vitales pueden ser entendidos como factores predisponentes o precipitantes. Los predisponentes están constituidos por sucesos ocurridos durante la infancia (maltrato, pérdida de algún progenitor, etc) y son capaces de propiciar una

vulnerabilidad particular hacia el desarrollo de patologías diversas (Maercker, 2004). Los factores precipitantes son cambios recientes (transcurridos durante los últimos dos años).

El estrés diario constituye un mejor predictor de la perturbación de la salud, particularmente de los trastornos crónicos, que los sucesos mayores (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981; Zautra, Guarnaccia, Reich y Dohrenwend, 1988). El estrés diario es superior al estrés por sucesos vitales en su capacidad para predecir los cambios en el nivel de salud (Camberlain y Zika, 1990). Los sucesos mayores podrían perturbar la salud, tanto de forma directa como indirecta al potenciar y/o generar la ocurrencia de sucesos menores.

Los estímulos estresantes son inevitables en el día a día y la variabilidad de las respuestas de las personas a estos estímulos se tiene que relacionar con las diferentes disposiciones y habilidades personales para conseguir el bienestar (Antonovsky, 1996).

El estrés es inevitable pero sí puede evitarse la situación de estrés prolongado, recurrente o intenso. Responder a mayores exigencias del entorno puede suponer un desafío para la estabilidad. La alta demanda de recursos que supone una situación estresante puede suponer un desgaste para el organismo, pero puede ser amortiguado estableciendo y utilizando posibilidades ocasionales o regulares de distensión como, por ejemplo, un sueño reparador o un periodo sabático. El deterioro en términos de calidad de vida, de estrés, de sacrificio personal y familiar, conlleva un mayor grado de complejidad y mayores esfuerzos a la hora de orientar comportamientos que demanda el entorno y son perseguidos por el individuo (Antonovsky, 1996).

Antonovsky (1986) fue uno de los primeros teóricos en explicar cómo las personas permanecen saludables y adaptadas a pesar de los eventos negativos de la vida. El estudio de los aspectos positivos del ser humano, sus potencialidades y virtudes deviene en una necesidad de fortalecer los recursos de resistencia que protegen a las personas. Hay

investigadores que sostienen que los sucesos negativos derivados de los acontecimientos vitales y crisis en la edad media de la vida pueden promover o agravar una situación de sobrecarga preexistente. Por su parte, los acontecimientos positivos pueden amortiguar las situaciones de sobrecarga (Astudillo, Alarcón y Lema, 2009).

### **2.3. El estrés como interacción**

La tercera aportación fundamental que amplía el conocimiento sobre el estrés fue realizada por Lazarus (1966; 1993), Lazarus y Folkman (1984; 1986), en la que se superaban los modelos de estímulo-respuesta y se ampliaba este enfoque teórico al incorporar al sujeto como un agente activo en el procesamiento del estrés.

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades“. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946.

Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción largamente mantenida que presumía que la salud era la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente fue ampliada asumiendo que el bienestar humano trasciende lo meramente físico. Esta definición puede perfectamente constituir la base de la prevención del estrés relacionado con el trabajo y la promoción del bienestar y la productividad de los trabajadores. En definitiva, el estrés “saludable” se caracteriza por la salud, la productividad, la vitalidad y el bienestar tanto de las personas como de las empresas.

Entre todas las definiciones de estrés generadas a lo largo de décadas, la más aceptada es la teoría transaccional de Folkman y Lazarus (1986), que considera el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Esto promueve que los individuos, mediante aprendizaje, incorporen comportamientos de anticipación de futuros daños o peligros.

El estrés focalizado en la interacción enfatiza específicamente los factores psicológicos o subjetivo (cognitivos) que median entre ambos (Lazarus y Folkman, 1984). Las teorías interaccionales subrayan el papel de los factores cognitivos, como pensamientos, ideas, creencias, actitudes, etc. Esta perspectiva especifica que el estrés se origina a través de la relación particular dinámica y bidireccional entre la persona y su entorno.

El estrés, además de ser estudiado como estímulo y como respuesta, también se ha estudiado como interacción entre las características de la situación y los recursos del individuo. De ese modo, considera más importante la valoración que hace el individuo de la situación estresora que las características objetivas que la componen. El modelo de la valoración de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986) es quizás el máximo exponente de esta concepción y propone una serie de procesos cognitivos de valoración de la situación y de los recursos del individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación. El estrés surgiría a consecuencia de la puesta en marcha de estos procesos de valoración cognitiva; si el sujeto interpreta la situación como peligrosa o amenazante y considera que sus recursos son escasos, pone en marcha procedimientos de afrontamiento para suprimir o disminuir las consecuencias no deseadas.

Lo que diferencia el modelo interaccional de las otras teorías es la gran relevancia que le asigna a la evaluación cognitiva. En gran medida, es la principal responsable de que la

situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el individuo. Por este motivo, el modelo sitúa al individuo como parte activa en el proceso, interactuando con el medio ambiental.

### **3. Modelos teóricos basados en la interacción**

#### **3.1. Modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman**

Lazarus y Folkman (1986) tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. En esta perspectiva, se especifica que el estrés se origina a través de las relaciones que emergen entre la persona y su entorno. Estos autores definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que agrava o excede los propios recursos y que ponen en peligro su bienestar personal.

Este proceso se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante. Forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo y conforma una de las variables personales que median en los niveles de calidad de vida. Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento o coping como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo desarrolla para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como desbordantes. Por tanto, plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo debe contar con estrategias defensivas o útiles para resolver el problema, en un entorno en constante cambio.

Según el modelo, el proceso cognitivo de valoración de la situación supone una estimación de las posibles consecuencias negativas que pueden desencadenarse. Si el resultado de esta valoración implica que las consecuencias pueden ser un peligro para sus

intereses, entonces el individuo valorará su capacidad del afrontamiento frente a este peligro potencial. Así, si las consecuencias son muy amenazantes y los recursos escasos, surgirá una reacción de estrés. Una vez que ha surgido esta reacción, el individuo seguirá realizando reevaluaciones posteriores de las consecuencias y de sus recursos de afrontamiento, especialmente si hay algún cambio que pueda alterar el resultado de sus valoraciones. Estas reevaluaciones tienen un carácter continuo y pueden modificar la intensidad de la reacción.

La idea central de esta aproximación se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación, que actúa de mediador cognitivo entre las reacciones de estrés a los estímulos relevantes y es un proceso por el cual los sujetos valoran la situación, lo que está ocurriendo y su bienestar personal. El proceso de evaluación de Lazarus y Folkman (1984) distingue tres tipos de evaluación: a) evaluación Primaria (amenaza, daño o pérdida, desafío, bienestar); b) evaluación Secundaria y c) reevaluación (afrontamiento).

#### ***a) Evaluación primaria***

Supone un proceso cognitivo que realiza la persona que consta de cuatro modalidades:

1. Amenaza: anticipación de daño.
2. Daño o pérdida: daño psicológico.
3. Desafío: amenaza que conlleva ganancia. Demanda difícil.
4. Bienestar: sin presencia de estrés.

La evaluación primaria se produce en cada interacción con algún tipo de demanda externa o interna. Esta valoración primaria es un proceso de evaluación cognitiva que presta atención especial a lo que sucede: objetivos, metas, valores, compromisos, creencias, etc., y a las consecuencias que reportan. Por tanto, esta primera evaluación considera la pertenencia a los objetivos o metas del individuo y la importancia adaptativa de los sucesos o eventos. Por

lo tanto, si la situación o evento no afecta al propio bienestar, a los objetivos o metas, no se producirá una reacción de estrés.

***b) Evaluación secundaria (coping o afrontamiento)***

Se refiere al proceso que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante. Tiene por objetivo sopesar la capacidad del propio sujeto para afrontar el suceso que acaba de evaluar y las posibles alternativas. La evaluación de los recursos personales determina en gran medida que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Al atender a la evaluación de los propios recursos, juegan un papel esencial los pensamientos anticipatorios, así como la historia previa de afrontamiento de situaciones similares y el resultado exitoso o no de la ejecución de cualquiera de las estrategias. Por tanto, la evaluación secundaria es una respuesta emocional que evalúa tres aspectos básicos: la responsabilidad en relación al resultado de la situación, el potencial de afrontamiento y las expectativas futuras. La evaluación primaria y la evaluación secundaria son partes de un proceso común en el que ambas se combinan activamente.

***c) Evaluación terciaria (reevaluación: afrontamiento)***

La evaluación terciaria constituye el afrontamiento o estrategia de coping propiamente dichos, como proceso psicológico (Lazarus y Folkman, 1984). La acción y la ejecución de una estrategia previamente elaborada conllevan un proceso de feedback a medida que se desarrolla la interacción. Es un proceso que permite correcciones y ajustes. En esta etapa, la persona maneja las demandas de la relación individuo-ambiente evaluado como estresante a través de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema a nivel conductual o estrategias de afrontamiento orientadas hacia la emoción a nivel cognitivo (Folkman y Moskowitz, 2004; Folkman y Lazarus, 1980).

A lo largo de las últimas décadas estos autores han dirigido su propuesta hacia una integración del estrés en el estudio de las emociones (Folkman, 2008; Lazarus, 1993; 1999). Lazarus señalaba que ampliar los conceptos típicos de estrés de daño, amenaza o desafío añadiendo las emociones (enfado, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza, tristeza, felicidad, esperanza, alivio) proporciona una mayor comprensión de los procesos de afrontamiento y ajuste del individuo. En una revisión realizada por Folkman en 2008, esta autora expuso la transcendencia de incorporar las emociones positivas en el proceso de estrés, señalando su relación con el afrontamiento y con la respuesta al estrés. En concreto, en el caso de que la respuesta de afrontamiento no haya reducido el estrés, las emociones positivas son transcendentales para reorganizar de nuevo los recursos y mantener la activación a lo largo del tiempo.

La definición de estrés de Lazarus y Folkman (1986) incluye su teoría transaccional de estrés donde hacen referencia a la relación entre el individuo y el entorno en la que también se consideran las características del sujeto y la naturaleza del medio.

### **3.2. Modelo procesual del estrés de Sandín**

Sandín (1999) define el afrontamiento como aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas externas o internas asociadas a la respuesta del estrés. Plantea que debido a que el concepto de estrés es empleado de forma diferente por los autores, una alternativa más adecuada se basa en la consideración del estrés como un proceso, compuesto por elementos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento o los factores moduladores personales y sociales.

El modelo de Sandín presenta, en primer lugar, las demandas psicosociales, que corresponden a los estresores tanto ambientales como psicosociales. En un segundo momento se considera la evaluación cognitiva, referida a la valoración que hace el individuo con respecto a la situación, coincidiendo este componente con la definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman. Después de la evaluación cognitiva, se produce la respuesta de estrés, que incluye las respuestas tanto fisiológicas como emocionales y conductuales (enfrentamiento), productos de la valoración de la situación como estresante o no. Finalmente, se consideran tanto las variables sociales como las disposicionales, debido a la evidencia de la relación de estas con los procesos relacionados con el estrés; son considerados moduladores del estatus de salud, que es el resultado del proceso de estrés y que dependerá de lo que suceda en las etapas anteriores. El modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1984), adaptado por Sandín (1995; 1999) se desarrolla en siete etapas que se resumen de la siguiente forma:

1. Demandas psicosociales (estrés psicosocial): están constituidas por los agentes externos causantes del estrés. Aunque específicamente se refiere sobre todo a demandas de tipo psicosocial, también pueden ser demandas físicas (trabajo duro, etc.), así como agentes naturales (radiación, frío, humedad, etc.). Específicamente, cuando se considera el estrés psicosocial, este refiere a los sucesos mayores (sucesos vitales, etc.), a los sucesos menores (estrés diario o microeventos, etc.) y al estrés crónico (disputas familiares, estrés laboral, etc.). Un factor importante relacionado con las demandas psicosociales es el estatus socioeconómico, ya que un estatus socioeconómico bajo suele asociarse a más estresores psicosociales, a peor apoyo social y a variables disposicionales negativas.
2. Evaluación cognitiva: se refiere a la valoración cognitiva que efectúa el individuo con respecto a la situación, es decir, el grado de amenaza, pérdida y desafío. La respuesta de

estrés se produce cuando existe una ruptura del equilibrio entre la percepción de la demanda y la percepción de los recursos personales para superarla.

3. Respuestas de estrés: incluye inicialmente un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas, sobre todo de carácter emocionales negativo. Las respuestas fisiológicas implican principalmente al sistema neuroendocrino (liberación de catecolaminas y cortisol) y al sistema nervioso autónomo (activación del sistema simpático e inhibición del parasimpático).
4. Estrategias de afrontamiento: se trata de los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o malestar emocional asociado a la respuesta del estrés. Específicamente, constituye la última etapa del proceso del estrés propiamente dicho. Estas cuatro fases interaccionan constantemente en un proceso dinámico.
5. Variables sociales: existe una evidencia sobre la enorme relevancia del nivel socioeconómico sobre diversos procesos relacionados con el estrés (demandas psicosociales, formas de afrontamiento, etc.). El apoyo social, una variable relacionada con el nivel socioeconómico, puede amortiguar el efecto negativo que ejerce el estrés sobre el individuo. Estas condiciones pueden afectar de forma directa la salud.
6. Variables disposicionales: son variables que pueden modular y por tanto influir sobre el funcionamiento de las cuatro etapas anteriores. Se incluyen las dimensiones de personalidad (neuroticismo, afecto negativo, optimismo, etc.), los tipos de reacción al estrés (reactividad al estrés, alexitimia, etc.), los factores hereditarios, el sexo y la raza.

7. Estatus de salud: es el resultado final del proceso del estrés y es dependiente de la resolución de las fases anteriores. Las consecuencias derivadas tienen un correlato físico y psicológico.

Según este modelo procesual, el estrés puede actuar sobre la salud a través de mecanismos directos, como los producidos por un cambio neuroendocrino, inmunológico o emocional (por ejemplo, la depresión) e indirectos, como los asociados a las respuestas de afrontamiento nocivas (por ejemplo, fumar, no hacer ejercicio físico, dormir en exceso, abusar de drogas o alcohol). Por otra parte, es importante tener en cuenta la importancia de las posibles variables que modulan el estrés actuando a diferentes niveles del proceso de estrés (Pérez-García, 1999) como las variables personales (por ejemplo, neuroticismo, alexitimia o afectividad) y sociales (apoyo social, estatus socioeconómico, entre otras) (Arrogante, 2014).

Actualmente, tanto en escenarios laborales como fuera de ellos, el modelo dominante lo conforma el transaccional o mediacional (Gil Monte y Peiró, 1997; Sandín, 1995). Este modelo indica que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno laboral. De esta forma, el estrés es considerado un proceso (Lazarus y Folkman, 1984) que incluye diversos componentes relevantes como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales, entre otros. Al considerar el estrés como un proceso, los enfoques posteriores han situado al estrés en alguna fase del proceso (situacional, evaluación, respuestas, etc.) (Arrogante, 2014).

#### **4. Estrategias de afrontamiento como proceso**

Lazarus y Folkman (1984) plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos debe contar con estrategias defensivas y en otros, con estrategias dirigidas a resolver el problema en un ambiente en constante cambio. Un afrontamiento adecuado a una situación conduce al ajuste correcto caracterizado por bienestar, el funcionamiento social y la salud somática (Lazarus, DeLongis, Folkman y Gruen, 1985).

##### **4.1. Principios del afrontamiento como proceso**

El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que genera (Berrío y Mazo, 2011). Además, el afrontamiento se relaciona estrechamente con la evaluación cognitiva de las situaciones estresantes.

Lazarus propone un enfoque alternativo del afrontamiento denominado afrontamiento como proceso. Este concepto es definido como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar las demandas externas o internas. Este modelo implica los siguientes principios:

1. El término afrontamiento se emplea indistintamente de su eficacia o su ineficacia; debe ser independiente de los resultados.
2. El afrontamiento depende del contexto. Se trata de una aproximación al contexto más que una disposición estable. El proceso empleado varía según la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.

3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras. Lazarus encontró más estabilidad para la reevaluación positiva que para la búsqueda de apoyo social.
4. El modelo comprende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados. El afrontamiento como proceso enfatiza al menos dos funciones principales:
  - Focalizada en el problema: implica confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés. La persona que tiene estrés desarrolla un plan de acción para enfrentarlo. Su función es cambiar la relación ambiente-persona, actuando sobre alguno de los dos, tratando de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. Esta estrategia está dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema hacia otra que no suponga amenaza (confrontación, búsqueda de apoyo social y planificación de solución de problemas, etc.).
  - Focalizada en la emoción: implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos. Su función es cambiar el modo en que se trata (vigilancia/evitación) o interpreta (negación/reevaluación) lo que está ocurriendo, para disminuir el estrés. De esta manera, el objetivo sería reducir el distress asociado a la situación (sentimientos de frustración, inseguridad, desesperanza, etc.), es decir, reducir la respuesta emocional negativa a una situación estresante, que puede ser percibida como amenaza o estancamiento, o bien como oportunidad y reto. Lazarus y Folkman (1986) consideran que las personas emplearán este segundo tipo de estrategia (distanciamiento, búsqueda de apoyo social, aceptación de la

responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva, etc.) cuando experimenten que el estresor es algo perdurable o inmodificable, como la muerte de un ser querido.

La reducción previa de estados emocionales como la ansiedad o la ira suele facilitar las actividades de solución de problemas. Además, una solución focalizada en el problema puede llevar a una reducción de las respuestas emocionales. Del mismo modo, podrían combinarse ambas. Por ejemplo, minimizando la relevancia de un suceso (focalización emocional) se puede inhibir las actividades dirigidas al afrontamiento del problema. La mayoría de las personas emplean las dos estrategias mencionadas. Cambiar el significado relacional de la situación es una estrategia muy beneficiosa para reducir el estrés, es decir, controlar la respuesta mediante la cognición.

5. El afrontamiento depende de la evaluación acerca de lo que sucede. Cuando se cree que las circunstancias amenazantes no se pueden modificar se emplean las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y cuando se puede modificar, se utiliza las centradas en el problema.

El concepto de afrontamiento de este modelo es procesual, dinámico, interaccional y transaccional. Este enfoque cognitivo e interaccional del estrés es el que ha recibido el mayor respaldo por parte de los expertos. La evaluación del afrontamiento implica la consideración de pensamientos, sentimientos y actos específicos, contextos específicos de evaluación y diferentes períodos temporales (Lazarus y Folkman, 1984; 1986). De acuerdo con estos autores, un suceso será estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o valore independientemente de las características objetivas. Por otra parte, las estrategias de las que disponga una persona para hacer frente a la situación determinarán, en buena medida, que se emita la respuesta de estrés.

Existen estrategias de afrontamiento más estables o consistentes que otras, de acuerdo con la situación, puesto que el afrontamiento depende del contexto. Lazarus y Folkman formularon ocho estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva. Estas dos últimas se han asociado con resultados positivos (Berrío y Mazo, 2011).

Lazarus y Folkman (1985) desarrollaron un cuestionario para evaluar el afrontamiento, basado en lo que la persona piensa y hace ante una situación de estrés. Se trata del Cuestionario de Formas de Afrontamiento (WOC), en su versión original llamada escala de evaluación WCQ (Ways of Coping Questionnaire). Este test evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante y cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas). A continuación se describen las estrategias referidas en el WOC:

1. Confrontación: son acciones directas dirigidas a la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas (por ejemplo: expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar que la persona responsable cambie de idea, etc.).
2. Distanciamiento: tratar de olvidarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiese ocurrido.
3. Autocontrol: guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

4. Búsqueda de apoyo social: pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a algún familiar el problema. Acudir a otras personas para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.
5. Aceptación de la responsabilidad: disculparse, criticarse a uno mismo, reconocerse el causante del problema, reconocer el papel que uno ha tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape-evitación: esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, tomar alcohol, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Planificación de solución de problemas: establecer un plan de acción y seguirlo, hacer algo para que las cosas cambien o mejoren, pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
8. Reevaluación positiva: la experiencia enseña, cambia y favorece el crecimiento personal. Se perciben los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

Este enfoque asume que el individuo percibe, interpreta y actúa dentro de un contexto específico. Estos autores definen el afrontamiento por tres aspectos principales: a) hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo piensa o hace; b) lo que el sujeto piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico; y c) hablar de proceso significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción sujeto-entorno va desarrollándose, siendo dicho cambio consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación entre el individuo y el entorno (Rodríguez-Marín, Pastor y Lopez-Roig, 1995).

Desde este modelo se destaca la importancia de la evaluación cognitiva como mediador esencial de las reacciones de estrés a los estímulos potencialmente estresantes. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento constituyen los esfuerzos o recursos, tanto conductuales como cognitivos, que el sujeto desarrolla para hacer frente, dominar, reducir o tolerar a las demandas específicas, externas o internas y creadas por las transacciones estresantes (Casas, Repullo y Lorenzo, 2001; Lazarus y Folkman, 1986). Siguiendo esta línea de investigación, los autores Carver y Connor-Smith (2010) en sus respectivas revisiones, añaden que el afrontamiento no sería una simple reacción defensiva (como los mecanismos de defensa), sino que tiene un carácter intencional y deliberado, fruto del análisis de la situación y adaptado a las características de la misma.

En las tres últimas décadas, a la proliferación de la investigación centrada en el estudio del estrés se ha unido el interés por las estrategias utilizadas para hacer frente a los estresores. Estas estrategias utilizadas para manejar las demandas del ambiente se denominan conductas de afrontamiento. Se utiliza el término afrontamiento como traducción de su homólogo en inglés *coping* y se corresponde con la acción de afrontar un peligro, una responsabilidad, un agente o un acontecimiento. El afrontamiento se usa de forma amplia en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y ha sido definido como un conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para reducir las cualidades adversas de una determinada situación. Por su parte, Lazarus y Folkman (1984) consideraron el afrontamiento como una respuesta a las demandas estresantes de una situación en el ámbito cognitivo o comportamental. Dicho de otro modo, el afrontamiento es un aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores. Su puesta en marcha supone la existencia de unas demandas excesivas y los intentos de la persona para restablecer el equilibrio (Rodríguez-Marín et al., 1995).

Zeidner y Hammer (1990) definen el afrontamiento como características o conductas que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que estos sean menos severos o recuperarse más rápidamente de la exposición.

El afrontamiento es definido por Everly (1989) como el esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés. En la misma línea, Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento aquellas estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva.

Al igual que los estresores afectan de manera distinta a cada persona y en la misma medida, cada persona tratará de hacerles frente de forma diferente. Si consideramos el tipo de respuesta que la persona pone en marcha ante los estresores, las conductas de afrontamiento podrían ser de aproximación y de evitación, según se opte por la lucha o la huida. También podría añadirse, según Perrez y Reicherts (1992), el afrontamiento pasivo, determinado cuando se omite toda acción y se permanece en situación de duda o espera, en inglés las llamadas estrategias *wait & see*. Por otro lado, si atendemos al foco en que se centran las respuestas de afrontamiento por parte de la persona, pueden estar centradas en la emoción, dirigiéndose a regular las emociones causadas por la situación estresante, o pueden centrarse en el problema tratando de manejar los estresores causa de estrés. Lazarus y Folkman (1984) señalaron que ambas formas de afrontamiento son igualmente útiles.

Aunque las conductas de afrontamiento han sido consideradas principalmente con carácter defensivo, desde una perspectiva más cercana a la psicología positiva se ha defendido que las conductas de afrontamiento están relacionadas con el bienestar y la salud. El afrontamiento no es únicamente reactivo, sino que puede adoptar formas activas que ocurren antes de que la situación llegue a ser estresante. Estas formas de afrontamiento activo

son propuestas desde una perspectiva de la promoción de la salud y la calidad de vida (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

El creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento se debe a la inclusión de los distintos modos de respuesta en situaciones que generan estrés y también su función positiva al disminuir los efectos nocivos de la situación que lo genera (Leibovich, Schmidt y Marro, 2002). Los aportes de Lazarus (1991) ampliaron el constructo de las estrategias de afrontamiento y supusieron un importante hito en la Psicología. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) ha tenido gran aceptación por su impacto en la conceptualización del afrontamiento. Este modelo generó, además, una gran cantidad de trabajos que analizan los modos en que las personas enfrentan las dificultades y las situaciones estresantes en sus vidas.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo realiza. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva de Martín Díaz, Jiménez y Fernández (2004) ha alcanzado una especial relevancia. Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. Refieren también que los modelos explicativos del estrés han evolucionado a lo largo del tiempo y que los más actuales conciben el estrés como un fenómeno interactivo y multidimensional. Por lo tanto, hablar de este constructo refiere una complejidad intrínseca, dada la cantidad de elementos que lo caracterizan. De ese modo, la evaluación del estrés debe contemplar la interacción de factores

cognitivos y conductuales, sin olvidar los factores fisiológicos y los procesos de afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo despliega para tratar de conseguir los mejores resultados posibles de una situación. También señalan la existencia de recursos internos o personales y recursos externos o sociales; los primeros se refieren a las facetas de la personalidad que pueden incrementar el potencial del individuo para abordar de manera efectiva el estrés, desarrollando un papel mediador entre el estrés y la salud (Pearlin y Schooler, 1978). Así pues, el afrontamiento es considerado como un mecanismo estabilizador que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes.

Las estrategias de afrontamiento pueden desempeñar un papel relevante en la percepción de bienestar psicológico (Parsons, Frydenberg y Poole, 1996). El afrontamiento también influye en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Un afrontamiento optimista parece favorecer a la salud (Gunzerath, Connelly, Albert y Knebel, 2001; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last y Derks, 2004), mientras que el afrontamiento confrontativo, evasivo y emotivo la afecta negativamente (Lindqvist, Carlsson y Sjöden, 2000).

Las estrategias de afrontamiento pueden ir encaminadas a la resolución del problema (alterando la situación o la percepción del individuo) o centrarse en las respuestas emocionales del individuo. Cuando la respuesta emocional no puede abordar adecuadamente una situación, el afrontamiento eficaz incluirá todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar e incluso, ignorar aquello que no puede dominar. Esto último sería lo adecuado cuando no es posible controlar la situación y, aunque la sociedad haya primado el dominio y la posesión de mecanismos encaminados a resolver el problema, en estos casos el

afrontamiento eficaz incluirá todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar e ignorar aquello que no se puede dominar (Casas et al., 2002).

La elección de una o varias estrategias de afrontamiento viene determinada por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que se realice de los recursos. Algunas de las estrategias están más bien orientadas a la acción concreta y otras, no tan efectivas, se centran en los estados emocionales. Todos los modos pueden ser útiles dependiendo de las situaciones y del problema, por lo que las estrategias de afrontamiento no deberían ser categorizadas como buenas o malas, sino que la efectividad es dependiente de la situación. Los resultados positivos suelen darse en las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo, favoreciendo la aparición de estrategias focalizadas en la solución del problema. En cambio, ante aquellas situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación facilitan el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2000).

En general, las estrategias centradas en los problemas son más efectivas y salutógenas que las centradas en la emoción. La resolución planificada de problemas constituye una estrategia de afrontamiento más adaptativa que la evitación-huida o el enfrentamiento directo (Lazarus, 1991). Por ejemplo, la ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con estrategias focalizadas en la emoción como la evitación cognitiva. Por otro lado, las estrategias focalizadas en el problema tienen un efecto negativo (Baron y Kenney, 1986; Peiró y Salvador, 1993).

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Además de las estrategias de afrontamiento definidas por Lazarus y Folkman (1984), hay otras formas de clasificar las estrategias de afrontamiento. Según Girdano y Everly (1986), las estrategias de

afrontamiento pueden resultar adaptativas o desadaptativas. Las adaptativas son aquellas que consiguen reducir el estrés y mejorar la respuesta y disminuyen la reacción emocional negativa, independientemente de que solucionen el problema, y promueven el estado de salud a largo plazo. Las estrategias desadaptativas pueden reducir el estrés a corto plazo pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo (Aragón, Morazán y Pérez, 2008; Casas et al., 2002; Noboa, 2007; Slipak, 1996).

Acerca de las estrategias de afrontamiento, distintos autores han ampliado estilos de afrontamientos que no contempla el modelo transaccional del estrés. De ese modo, Arrogante (2014), Moos y Schaffer (1993), Roth y Cohen (1986) y Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) distinguen entre afrontamiento de compromiso (*engagement*) y falta de compromiso (*disengagement*), poniendo el foco de atención sobre la orientación del sujeto haciendo frente a la fuente de estrés o no haciéndola frente.

Así, un afrontamiento de compromiso involucraría intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, y el afrontamiento de falta de compromiso supondría el propio distanciamiento del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo. Dentro del afrontamiento de compromiso se incluyen estrategias como el afrontamiento centrado en el problema y diversas formas de afrontamiento centrado en la emoción, como la búsqueda de apoyo, la regulación emocional, la aceptación y la reestructuración cognitiva. Por otro lado, dentro del afrontamiento de falta de compromiso se incluyen respuestas como la evitación, la negación, el rechazo, el pensamiento ilusorio, la retirada, siendo a menudo identificado con el afrontamiento centrado en la emoción, ya que supone un intento de escapar de los sentimientos provocados por el estrés. El afrontamiento de compromiso de control primario incluye estrategias dirigidas hacia el cambio del estresor y de emociones relacionadas, mediante el afrontamiento orientado al problema o esfuerzos

para regular y expresar adecuadamente las emociones. El afrontamiento de compromiso de control secundario incluye estrategias que enfatizan la adaptación al estrés, tales como la aceptación, la reestructuración cognitiva, el pensamiento positivo o la distracción.

En relación a estas dimensiones del afrontamiento, se ha aseverado la existencia de muchas maneras de agrupar las respuestas de afrontamiento y no forman parte de un modelo unitario en el que todas las estrategias de afrontamiento puedan ser clasificadas. Una respuesta de afrontamiento determinada frecuentemente se puede ajustar en diferentes tipos de estrategias. Por ejemplo, la búsqueda de apoyo emocional puede ser un tipo de afrontamiento de compromiso, centrado en la emoción o acomodativo. Esto refleja que cada distinción del afrontamiento tiene un foco de conveniencia y que es útil para responder a diferentes cuestiones sobre las respuestas al estrés (Arrogante, 2014).

Kaiseler, Queirós, Passos y Sousa (2014) consideran el estrés como proceso en el que se relacionan la evaluación del estrés, el afrontamiento y el compromiso en el trabajo. Gracia (2015) realizó un análisis sobre la relación entre los factores de estrés, afrontamiento y el compromiso en el trabajo que proporcionó una serie de proposiciones en el ámbito de la investigación que permite el diseño de las intervenciones de estrés contextualizados en la configuración del trabajo específico, partiendo del estudio de Kaiseler et al. (2014). De esa forma abordó el valor de la información adicional para ayudar a reclutas de la policía y oficiales a reforzar su percepción de control y para generar estrategias de afrontamiento activo que les permitan reducir los efectos negativos de una situación estresante específica y aumentar el compromiso psicológico.

## **5. El afrontamiento en el ámbito laboral**

En el ámbito laboral, cada trabajador difícilmente puede controlar o modificar las situaciones estresantes debido a que, en gran medida, no dependen de él sino de un grupo de personas o responsables. Por ello, las estrategias de afrontamiento eficaces en otros ámbitos no son fácilmente aplicables en la empresa. Las respuestas al estrés en el medio laboral requieren la participación activa de toda la organización, el rediseño de puestos, una correcta selección de personal y el desarrollo de sistemas de promoción adecuados, aunque también resulte beneficioso trabajar a escala individual. En este sentido, sería innovador desarrollar programas de intervención psicosocial positiva dirigidos a conservar y promover los recursos personales a nivel individual y del grupo, como indicadores de bienestar psicosocial frente a los programas de intervención psicosocial negativa donde se somete a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés, mientras las empresas continúan con demandas excesivas o condiciones inapropiadas (Clegg, 2001).

Recientemente se han reunido evidencias sobre la manera en la que el ambiente influye en el estrés como proceso y, de un modo concreto, en las estrategias de afrontamiento (Revenson y Lepore, 2012). Cuando las estrategias de afrontamiento puestas en marcha no son adecuadas, el individuo presenta alteraciones fisiológicas y del comportamiento que pueden dar lugar al deterioro de la salud. En este sentido, el estrés en el ámbito laboral puede definirse como una interacción desfavorable entre las características del trabajador y las condiciones del trabajo que conduce a perturbaciones psicológicas y comportamiento inadecuados y finalmente a la enfermedad (Peiró y Salvador, 1993).

Las estrategias de afrontamiento que los enfermeros ponen en juego en su práctica diaria deben ser saludables ya que deben ser transmitidas, en la medida de lo posible, a los

pacientes y familiares para el afrontamiento de la enfermedad (Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008).

Existen otro tipo de estrategias de afrontamiento adaptativas de carácter individual para el control del estrés, como la relajación en situaciones generadoras de estrés, el entrenamiento en habilidades sociales, la asertividad y solución de problemas, así como diversos procedimientos de reestructuración cognitiva. En general, estas técnicas se han utilizado de forma combinada siguiendo diseños de intervención adaptados a la situación y a las características de las personas (Pérez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo, 2003). Desde la Psicología Positiva se apuesta por el desarrollo de programas de intervención psicosocial positiva, fomentando la práctica de valores como fortaleza psicológica positiva y de atención plena como recurso psicológico positivo en el ámbito organizacional. Por otra parte, se ha hecho hincapié en la necesidad de implementar programas que desarrollen el uso de estrategias de afrontamiento positivas como potenciadoras del bienestar psicológico y protectoras del estrés asistencial (Arrogante, 2014; Marsollier y Aparicio, 2011).

Dewe y Guest (1990) distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral: 1) abordar o trabajar sobre el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de la persona; 3) descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar recursos familiares; y 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés. La primera se centra en el problema mientras que el resto se concentra en las emociones.

Estos autores afirman que no hay estrategias de afrontamiento que sean válidas para todo el mundo, sino que cada persona puede elegir una u otra según su personalidad, el contexto y el momento en el que se encuentre. Asimismo, distinguen entre estilos de

afrontamiento y estrategias de afrontamiento, asociando el estilo a aquellos procedimientos característicos de las personas y las estrategias a las condiciones ambientales como las acciones cognitivas o conductuales realizadas en el transcurso de un episodio estresante particular. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997). Así, mientras los estilos son las formas habituales relativamente estables que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes e influidas por los estilos que tiene un sujeto para afrontar los problemas de la vida diaria.

En esta línea, Arrogante (2014) indica que el personal sanitario es uno de los colectivos profesionales con mayor índice de estrés y, en consecuencia, con mayores niveles de estrés asistencial. Aunque las consecuencias negativas del estrés laboral surgen como respuesta al mismo, debe señalarse que estas consecuencias aparecen como resultado de un proceso continuo en el que principalmente falla el uso de las estrategias de afrontamiento (Olmedo y Santed, 1999). Una vez que la persona valora una situación como amenazante, la aparición del estrés laboral depende de la eficacia de las acciones puestas en marcha para hacer frente a la amenaza. Estas acciones reciben el nombre de estrategias de afrontamiento, siendo su objetivo final la recuperación del equilibrio en las relaciones de la persona con su entorno (Pérez-García, 1999). Las investigaciones indican que existen estrategias que promueven la salud y el bienestar y otras que generan conductas desadaptativas (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor et al., 2000). Por lo tanto, las consecuencias del estrés asistencial y el afrontamiento de las situaciones estresantes en el trabajo constituyen los factores psicosociales que influyen en el bienestar psicosocial.

Siguiendo esta línea, un estudio realizado por los autores Perea-Baena y Sánchez-Gil (2008) se subrayó la necesidad de incorporar en los planes de formación y reciclaje de los profesionales de enfermería de salud mental el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas que ayudan a afrontar los problemas cotidianos de una forma más efectiva, aumentando el bienestar psicológico y el optimismo disposicional, así como protegiendo al profesional frente a la insatisfacción laboral, lo que revertiría en la efectividad de la práctica de la enfermería.

## **6. El estrés asistencial**

Herbert Freudenberger (1974) fue un psiquiatra que trabajó de asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, compuesta por voluntarios jóvenes e idealistas. Observó que los voluntarios que llevaban más tiempo en el puesto de trabajo sufrían una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, falta de interés y desmotivación por el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión (Mingote, 1998; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001). Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico y desarrollaron una tendencia a culpar al paciente de los problemas que padecía (Freudenberger y Richelson, 1980).

Freudenberger denominó a dichos síntomas como desgaste del personal y lo conceptualizó como una sensación de agotamiento y pérdida de interés por la actividad laboral que emerge en las profesiones que mantienen contacto diario con las personas. Para describir este fenómeno conductual Freudenberger eligió la palabra “burn-out” (estar quemado, consumido, apagado) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso (Párraga, 2005).

El Síndrome burnout fue acuñado por la psicóloga social Christina Maslach en 1976. Efectuó un análisis general de las características del trabajo del personal sanitario y realizó diversos estudios de los procesos emocionales ante diferentes situaciones laborales y el comportamiento con los clientes. Las inferencias de sus estudios le llevaron a concebir el síndrome burnout como una pérdida gradual de interés y de responsabilidad entre los compañeros de trabajo desde una perspectiva psicosocial (Maslach y Pines, 1977). Es más frecuente entre aquellos profesionales que por su trabajo están en contacto directo y continuado con pacientes y que tras meses o años de dedicación acaban por estar agotados, faltos de concentración y apáticos. El término de burnout se dio a conocer en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, con una definición tridimensional: agotamiento emocional, la despersonalización, y baja realización personal. Años más tarde, Maslach (1982) abordó las respuestas emocionales de profesionales de ayuda a personas, y situó en primera línea la sobrecarga emocional. El Burnout era una expresión con gran aceptación social y los afectados se sentían más fácilmente identificados con este término (Martínez Pérez, 2010; Maslach y Jackson, 1986; Maslach y Pines, 1977; Salanova y Llorens, 2008).

Chernis (1980) caracterizó el estrés asistencial por graves consecuencias al bienestar psicológico del personal, afectación moral y de las funciones administrativas de la organización. Chernis es uno de los primeros autores que enfatizó la importancia del trabajo como antecedente de la aparición del burnout y lo define como los cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustantes o con excesivas demandas. Este autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés); respuesta emocional a corto plazo,

ante el anterior desequilibrio caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión); y cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo) (Párraga, 2005).

Respecto al estrés ocupacional, Lazarus y Folkman definen los esfuerzos de la persona para enfrentar el estrés laboral, llamándolo afrontamiento y lo plantean como un proceso en que la persona, en determinados momentos, debe contar con estrategias defensivas o con estrategias que sirvan para resolver el problema (Buendia, 1998).

Los autores Gil-Monte (2002) y Ortega López (2004) coinciden en que el estrés asistencial es una respuesta al estrés crónico acompañada de sentimientos, actitudes y cogniciones que conllevan alteraciones psicofisiológicas y secuelas negativas para las organizaciones.

Hernández, Terán, Navarrete, León et al. (2007) señalaron que los diversos autores que han estudiado el burnout coinciden en que los profesionales que tienen demasiado contacto con personas, como los médicos y enfermeras, son los más propensos a contraer burnout, ya que originan una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales que se manifiestan en las relaciones interpersonales.

En la actualidad, una de las definiciones más aceptadas por los investigadores es conceptualización del burnout como un cansancio emocional que produce la pérdida de motivación que puede evolucionar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso en el ámbito laboral y profesional (Camacho et al., 2010; Martínez Pérez, 2010; Maslach et al., 2001; Menezes et al., 2006).

El desarrollo del estrés asistencial puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción de agentes sociales, laborales y de características personales mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral y en el que los factores ambientales son

elementos desencadenantes fundamentales, mientras las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras (García-Izquierdo, 1991).

Para abordar el estrés asistencial, se plantea su análisis desde una perspectiva saludable tanto para el individuo como para la organización. Hay estudios relacionados con profesionales de la salud que demuestran que algunas personas enferman al verse expuestos a factores estresantes en el trabajo, mientras otras siguen sanas e incluso prosperan (Diez y Dolan, 2008; Eriksson y Lindström, 2005).

Maslach et al. (2001) y Schaufeli y Enzmann (1998) señalan que el burnout es el resultado a largo plazo de un estrés negativo que emerge del desequilibrio entre las aportaciones y los resultados. De esa manera, el burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto para las tareas que se han de realizar (Maslach y Jackson, 1986). Cuando el individuo percibe un ambiente negativo, poco motivador o con una carga de trabajo excesiva en relación a sus capacidades de respuesta, se empieza a mostrar la presencia de estrés negativo o distress. La cronicidad de esta percepción desencadena en el síndrome de burnout (Viejo y González, 2013).

En el desarrollo de la presente investigación se utilizará el término de estrés asistencial por su proximidad al contexto organizacional de la salud, concretamente, a las profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería), por su vulnerabilidad en el estado de salud psicosocial.

### **6.1. El estrés asistencial en las profesiones de ayuda**

Las investigaciones demuestran que los trabajadores de las organizaciones del sector salud se encuentran expuestos a factores psicosociales específicos que pueden desencadenar respuestas de estrés y situaciones derivadas como el estrés asistencial, acoso laboral, alteraciones psicológicas de diferente naturaleza, problemas cardiovasculares y osteomusculares. Se trata de investigaciones que confirman la vulnerabilidad de esta población debido a aspectos laborales como las jornadas y los turnos, la sobrecarga de trabajo y las demandas emocionales implicadas en la atención a personas enfermas, el contacto permanente con el sufrimiento, etc. (Aranda y Pando, 2007; Ávila, Gómez y Montiel, 2010; Escriba-Agüir, Artacoz y Pérez, 2008; Fernández, Siegrist, Rödel y Hernández, 2003; Fischer, Kumar y Hatcher, 2007; Leguizamón y Gómez, 2002; Tejada y Gómez, 2009).

Aunque en su inicio fue considerado exclusivo de aquellas profesiones de servicios sociales en las que se trabajaba en contacto directo con las personas a las que se les prestaban servicios, en la actualidad se considera que el estrés asistencial puede suceder en cualquier profesión que tenga contacto permanente con otras personas, como médicos, enfermeras, maestros, bomberos, policías o personal que trabaja en rehabilitación (Maslach et al., 2001). La revisión bibliográfica sobre el estrés asistencial demuestra que son los profesionales de la salud y los docentes los colectivos más vulnerables a la enfermedad debido al estrés al que están expuestos diariamente. El estrés asistencial se puede desarrollar en diferentes ocupaciones, especialmente en los profesionales sanitarios (auxiliares, médicos, enfermeras), profesionales de la educación (profesores, maestros, educadores o cuidadores), psicólogos, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones o policías y en los sectores administrativos (Lasalvia y Tansellea, 2011).

Uno de los enfoques más utilizado en relación al estrés experimentado por los profesionales de salud proviene del modelo de estrés asistencial, propuesto por Maslach y Jackson (1982). Estas autoras proponen el estrés asistencial como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con otras personas que están en situación de necesidad o de dependencia.

## **6.2. Fases cronológicas del estrés asistencial en las profesiones de ayuda**

Otro dilema que se ha discutido ampliamente al intentar hacer una conceptualización del estrés asistencial es determinar si se trata de un síndrome exclusivo de las profesiones de ayuda o si puede extenderse también a otras profesiones, o incluso fuera del trabajo (familia, pareja, personas relevantes, etc). En cambio, si se considera que la despersonalización es central para describir el estrés asistencial, entonces únicamente podría aparecer en profesiones de ayuda (Martínez García, 2006).

De esa manera, nos encontramos ante tres perspectivas referentes a las fases cronológicas del desarrollo del concepto de estrés asistencial (ver Tabla 3).

Tabla 3

*Fases Cronológicas del estrés asistencial en las profesiones de ayuda*

| Fases                                                                                        | Autores y tipo de profesiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fase I: estrés asistencial exclusivo profesiones de ayuda.                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freudenberger (1974): el trabajo se desarrolla en la atención y los cuidados a usuarios de servicios.</li> <li>- Maslach y Jakson (1982): profesionales de la salud que trabajan siempre en interacción centrada en los problemas de los pacientes.</li> <li>- Farber (1991): específico de las profesiones de ayuda.</li> <li>- Moreno et al. (1997): es un tipo de estrés laboral asistencial específico de profesiones caracterizadas por relaciones directas y constantes con otras personas.</li> </ul>                     |
| Fase II: extensión del estrés asistencial a todas las profesiones que trabajan con personas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boemstembauer y Baum (1984): defienden que el estrés asistencial no es exclusivo de educadores, o profesionales de la salud, sino que podría ser descrito en todas aquellas personas que trabajan con personas.</li> <li>- Maslach y Jackson (1981): confirman que el estrés asistencial se da entre personas cuyo objeto de trabajo son otras personas en cualquier tipo de actividad.</li> <li>- Edelwich y Brodsky (1980): cualquier tipo de compromiso que haga una persona es vulnerable de duda, de desilusión.</li> </ul> |
| Fase III: estrés asistencial a cualquier tipo de trabajo o profesión.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pines (1994): activismo político.</li> <li>- García, Castellón, Albaladejo y García (1993): pilotos aéreos y empleados de bolsa.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

A continuación se describen las tres fases:

*Fase I: El estrés asistencial como exclusivo de las profesiones de ayuda*

Los estudios y descripciones iniciales del estrés asistencial se llevaron a cabo con personas que trabajaban en profesiones de ayuda. Eran descripciones eminentemente clínicas y obtenidas de las propias experiencias. En ellas se utilizaba el término estrés asistencial para hacer referencia a un síndrome específico que se producía como resultado del estrés laboral continuado en profesionales que trabajaban con personas. Las hipótesis planteadas eran que quienes poseían mayor riesgo de padecer estrés asistencial eran los profesionales más idealistas e implicados y con ganas de ayudar a otras personas. Se creyó que el riesgo emerge de la interacción persona-cliente por estar centrada en los problemas de un cliente a menudo cargado de enfado, temor o desesperanza, añadiendo a la situación ambigüedad y frustración (Martínez García, 2006).

Freudenberger (1974) era explícito en este sentido al describir el estrés asistencial como una respuesta a las demandas laborales cuando el trabajo se desarrolla en la atención y los cuidados a usuarios de servicios y, en definitiva, en las profesiones de ayuda.

Maslach y Jackson (1982) también hacen referencia en su definición al riesgo de padecer estrés asistencial de los profesionales de la salud que trabajan siempre en interacción con los problemas de los pacientes (psicológicos, sociales y/o físicos). Se trata de una relación caracterizada por sentimientos de frustración, enfado, temor, desesperación o desesperanza. Trabajar continuamente bajo estas circunstancias y con estrés crónico puede ser emocionalmente agotador y favorecer la aparición de estrés asistencial.

Álvarez y Fernández (1991) y Farber (1983; 1991) consideran que el estrés asistencial es específico de las profesiones de ayuda. Este estrés se caracteriza por la incapacidad de resolución de problemas y por la percepción de ineficacia por parte de los profesionales de servicios humanos de sus esfuerzos por intentar ayudar a otros. También experimentan que la tarea está sin terminar y que el desgaste personal por su trabajo no ha merecido la pena en términos de reconocimiento o apreciación.

En la misma línea, Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997) señalan que el estrés asistencial es un tipo de estrés específico de profesiones caracterizadas por relaciones directas y constantes con otras personas con el elemento clave de despersonalización por parte del profesional.

Como puede apreciarse, la mayoría de los autores afirman que el estrés asistencial es un síndrome específico de las profesiones de ayuda. Los autores utilizan esta idea para resaltar su especificidad y diferenciarlo respecto de otros síndromes. Por ejemplo, Olabarria (1995) apunta que esta especificidad se explica por una afectación emocional que se

desarrolla y aparece de manera restringida al ámbito laboral, principalmente sanitario, educativo y social.

*Fase II: Extensión del estrés asistencial a todas las profesiones que trabajan con personas*

A pesar de la unanimidad al señalar la presencia del estrés asistencial entre las profesiones de ayuda únicamente, distintos autores comienzan a cuestionar su especificidad. Se mantiene que el detonante lo constituye el contacto con personas, pero este hecho no es exclusivo de las profesiones de ayuda sino de cualquier profesión en la que haya una relación entre personas. Boemstembauer y Baum (1984) defendieron que el estrés asistencial no era exclusivo de educadores, trabajadores sociales o profesionales de la salud y que podía ser descrito en todas aquellas personas que trabajan con personas.

Maslach y Jackson (1981) afirmaron que el síndrome de estrés asistencial sucede con frecuencia entre personas cuyo objeto de trabajo son otras personas en cualquier tipo de actividad. Estos autores apuntaban que suponía un peligro potencial para los profesionales que trabajan con personas, incluyendo los servicios humanos, educación y trabajo interpersonal.

Edelwich y Brodsky (1980), al adoptar el concepto de estrés asistencial como expresión de la psicología humana, afirmaban que no está limitado al trabajo en profesiones de ayuda. Cualquier tipo de compromiso que adquiriera una persona es susceptible de duda, desilusión y eventualmente de agotamiento de energía (Dolan, 1987; Garfield, 1980; García-Izquierdo, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997; Golembiewski, Munzerider y Carter, 1983).

Para Moreno, Oliver y Aragonese (1991), la razón por la que las profesiones asistenciales son las más afectadas por este síndrome se encuentra ligada a la etiología del estrés asistencial. Estas profesiones tienen una filosofía humanística de trabajo que hace que

el contraste que experimentan los profesionales al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse determina el comportamiento de estos profesionales. De este modo, la prevalencia de expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales contribuye en gran medida al estrés que experimentan estos profesionales.

*Fase III: El estrés asistencial se extiende a cualquier tipo de trabajo o profesión*

A lo largo de los últimos años, el interés por este fenómeno se ha extendido a otras muchas profesiones y ocupaciones en las que no existe un equivalente a la relación de cuidados/ayuda o de interacción continuada con personas (Torres-Gómez, San Juan, Ribero, Herce y Achucarro, 1997). Por ejemplo, se ha estudiado el estrés asistencial en el activismo político, en pilotos aéreos, o en empleados de bolsa (García et al., 1993). A consecuencia, Maslach y Schaufeli (1993) se cuestionaron si la definición de estrés asistencial no se había aplicado sin criterio en otros campos y se había utilizado en formas que no tenían validez, por ejemplo, el objetivo de la despersonalización en profesiones sin implicación de clientes. Algunos autores afirman que el agotamiento emocional se podría generalizar a otras profesiones, pero la despersonalización sería única y específica al estrés asistencial de los profesionales de la salud (Evans y Fischer, 1993; Leiter, 1991).

### **6.3. El estrés asistencial en ámbitos extralaborales**

El estrés asistencial se ha estudiado en el área de asociaciones o actividades voluntarias que podrían tener similitudes con el ámbito laboral de las profesiones de ayuda. También se ha estudiado en la esfera familiar, tanto en el análisis del estrés asistencial de los padres-hijos, pareja, amistad (Maslach y Schaufeli, 1993; Pelsma, Roland, Tollefson y Wigington, 1989) y el estrés asistencial de la pareja (Pines, 1988; 1996). Torres-Gómez et al.

(1997) afirman que debido a que este concepto ha traspasado los límites de los profesionales de los servicios humanos, e incluso la esfera laboral, hace necesario analizar las implicaciones de la expansión y, en concreto, averiguar si se trata del mismo fenómeno y si adopta o no manifestaciones diferentes en las diferentes profesiones, o si se trata de fenómenos distintos.

La perspectiva psicosocial lo considera un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. Esta perspectiva define el estrés asistencial como una respuesta, principalmente emocional, siendo los factores laborales y organizacionales los antecedentes y condicionantes. El estrés asistencial se conceptualiza como un proceso dinámico, producto de varios factores, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas: baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Golembiewski et al., 1983; Leiter, 1988; Maslach y Jackson, 1981; Schaufeli y Diederonck, 1993). Estos tres aspectos se integran como dimensiones del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) empleado ampliamente para medir el estrés asistencial.

El estrés asistencial (Síndrome burnout) como respuesta negativa (distress) se refleja cuando el trabajador percibe un ambiente negativo, poco motivador, con una carga de trabajo excesiva para sus capacidades de respuesta. Cuando sucede el cansancio y la apatía en el trabajo, la vida se llena de insatisfacción y llega a afectar negativamente otros ámbitos como el social, el familiar, incluso el económico y la propia salud.

El proceso del estrés asistencial surge de la interacción del trabajador con el contexto laboral y las demandas o sobre-exigencias de quienes atienden u ofrecen sus servicios, pero está mediado por un rasgo o perfil de personalidad que relaciona los hábitos de salud, redes de apoyo, rasgo de conducta, fuerza cognitiva o estilo de afrontamiento (Nowack, 2002).

La relación entre la respuesta de estrés y los eventos a los que cada persona debe afrontar ha sido motivo de diversas investigaciones. En el ámbito organizacional esta interacción se concibe como un proceso del estrés laboral, donde participan las condiciones ambientales y el potencial humano, cuya respuesta podrá ser adaptativa o desadaptativa (Lambert y Paoline, 2008; Oginska-Bulik, 2006).

Estas aportaciones reflejan la importancia de establecer un espacio para la reflexión sobre la idea del estrés como algo inherente a la naturaleza biológica de las personas y que se hace presente ante las demandas y las presiones propias de los lugares de trabajo. Las últimas tendencias en el estudio del estrés asistencial establecen la necesidad de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Tal y como recoge la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre) se ha producido un cambio en el estudio del compromiso psicológico como aspecto positivo y óptimo del desarrollo profesional. Este cambio es debido al auge de la Psicología Positiva en los últimos años, que se centra no tanto en las debilidades y las disfunciones del ser humano sino en sus fortalezas y su funcionamiento óptimo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

#### **6.4. El estrés asistencial en el profesional de enfermería**

Se han identificado numerosos factores de riesgo, también llamados estresores laborales, que han sido señalados como agentes causales de estrés en el personal de enfermería. Por un lado, están aquellos que son implícitos a la profesión, como los relacionados con la dificultad de afrontar el dolor, el sufrimiento y la muerte de los pacientes y, por otro, los relacionados con la organización del trabajo, como son la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y los problemas con los compañeros de enfermería y médico (Fitch,

Bakker y Conlon, 1999; Manzano, 2002; Simón, Blesa, Bermejo, Calvo y Gómez de Enterría, 2005).

En la atención especializada existen múltiples factores que pueden influir en el esfuerzo realizado por el profesional de enfermería y el resultado obtenido por el paciente sujeto a los cuidados. Alguno de estos factores son los que se denominan agentes estresores, presentes en el entorno hospitalario (Martínez García, 2006).

Según Gil-Monte y Peiró (1996; 1997), el rol de enfermería genera una gran incertidumbre ya que los profesionales experimentan dudas con frecuencia sobre el punto óptimo de implicación con los pacientes, cómo tratar sus problemas, e inseguridad sobre si siguen los procedimientos correctamente. Por otro lado, los pacientes y familiares suelen estar ansiosos y preocupados. Junto a estas situaciones también existen una serie de variables que no pueden ser controladas por el personal de enfermería, como la cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte, las decisiones médicas y administrativas, los procedimientos burocráticos o los conflictos con los médicos y los compañeros, entre otros. Las características de esta profesión, como tener que desempeñar roles conflictivos y ambigüos, tener que tratar con pacientes sin solución médica y con familiares que se niegan a aceptar la enfermedad del paciente o el establecimiento de lazos afectivos con los pacientes hacen de estos profesionales un colectivo propenso al desarrollo del estrés asistencial (Gil-Monte y Peiró, 1996). Además, el estrés asistencial no siempre es reconocido por quien lo padece.

Considerar o no el estrés asistencial exclusivo de las profesiones de ayuda o de servicios humanos depende del concepto de estrés asistencial que se emplee. Por ejemplo, Pines y Aronson (1989), cuando se refieren al estrés asistencial como respuesta a unas demandas emocionales excesivas no lo restringe a los servicios humanos.

La clave para atender el entorno organizacional de los hospitales está en el individuo. Esta idea que parte de la necesidad de humanizar el entorno de trabajo prestando especial atención al desarrollo del factor humano y a la mejora de la calidad de vida (Segurado y Agulló, 2002).

En términos generales, se ha expuesto que las profesiones asistenciales son las que más alto riesgo presentan de padecer estrés asistencial (Maslach y Jackson, 1981). Maslach (1982) explica que cuanto más intensas son las relaciones interpersonales con los usuarios de los servicios mayor es el riesgo de padecer estrés asistencial. El síndrome se ha investigado especialmente en el ámbito de las profesiones relacionadas con la salud (Fernández Cantí, 1992). Específicamente, el área de enfermería ha generado una gran cantidad de investigaciones (García-Izquierdo, 1991; Gil-Monte et al., 1996; Maslach y Jackson, 1984; Llorett, González y Peiró, 1995; Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler, 1997). Además, algunos estudios han descrito la enfermería como la profesión más vulnerable al estrés asistencial (Fernández Cantí, 1992; Gil-Monte y Schaufeli, 1991).

La enfermería fue clasificada por la Health Education Authority (1999) la cuarta profesión más estresante, debido a su alto nivel de responsabilidad en la vida de las personas y a la proximidad a usuarios en los que el sufrimiento es casi inevitable, exigiendo dedicación en el desempeño de sus funciones, y aumentando la probabilidad de sucesos de desgaste físico y psicológico del trabajador en relación a la profesión. Por las relaciones interpersonales y exigencias sociales, el tipo de usuarios o servicio en el que se encuentran, en ocasiones el profesional no puede mostrar sus sentimientos ya que su manera de comportarse puede afectar a la salud del profesional.

El entorno laboral de los profesionales de la salud tiene unas características propias especiales que hacen de la profesión de enfermería una actividad de alto riesgo, sobre todo

como consecuencia de la confrontación entre las expectativas profesionales y la realidad asistencial, además de otras circunstancias (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005) (ver Tabla 4).

Tabla 4

*Problemas detectados en el ejercicio de la profesión de enfermería*

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| - Escasez de personal para cubrir adecuadamente un servicio      |
| - Movilidad temporal a otros servicios por falta de personal     |
| - Trabajo por turnos                                             |
| - Trato con usuarios problemáticos                               |
| - Contacto directo con la enfermedad                             |
| - Enfrentamiento habitual a la muerte, el sufrimiento y el dolor |
| - Falta de especificidad en funciones y tareas laborales         |
| - Desajustes organizacionales                                    |
| - Ausencia del médico ante una emergencia                        |
| - Falta de autonomía y autoridad para tomar decisiones           |
| - Desajustes organizacionales                                    |
| - Realización de tareas no vinculadas al puesto de trabajo       |
| - Estabilidad laboral precaria                                   |

El estrés aumenta por las continuas demandas físicas y emocionales que los profesionales reciben de los pacientes (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004; Cruz y Vargas, 2006; Meseguer, González y Calatayud, 1996), por el contacto con el dolor y la muerte en forma continua, la enfermedad terminal, por situaciones límite de otros con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, por la imposibilidad de períodos de descanso durante el trabajo, el hacinamiento de pacientes que dificultan la planificación del cuidado, la falta de cooperación de los enfermos, por su estado de gravedad o por el aumento en las exigencias en cuanto a la calidad de la atención de enfermería (López, Zegarra, y Cuba, 2006; Moreira Fueyo y Álvarez Baza, 2002). Reprimir los afectos, como manera de afrontar las situaciones en el contexto profesional, ha supuesto que el empleo de este mecanismo de defensa puede ser uno de los principales provocadores del agotamiento psicológico, generando fatiga, hasta poder manifestar síntomas somáticos (Ilhan, Durukan, Taner, Maral y Bumin, 2007; Novoa, Nieto, Forero, Caicedo, Palma,

Montealegre et al., 2005). En muchos estudios se asocia la elevada presencia del estrés y sus consecuencias en relación a las características específicas de las profesiones sanitarias (De Pablo, 2007; Gil-Monte, 2007; Grau, 2007; Harrison, Loisel, Duquette y Semen, 2002; Manzano, 2008). La problemática que condiciona las relaciones con el entorno se centra en tres elementos fundamentales: el usuario, el profesional y la organización (Escribà Mas y Cárdenas, 1999).

Es importante tener en cuenta que los profesionales de la salud, en concreto, los profesionales de enfermería, deben contar con ciertas competencias a nivel personal que les permitan sortear las situaciones que se les presenta a diario en su ambiente laboral. Una de estas competencias es el manejo de las relaciones interpersonales, una habilidad indispensable, ya que generalmente los pacientes desarrollan resistencia ante los diversos procedimientos o generan una relación de dependencia ante los demás (Albaladejo et al., 2004).

#### **6.4.1. El profesional de enfermería en el servicio de hospitalización.**

Dentro del ámbito hospitalario, es posible encontrar un gran número de situaciones que resultan estresantes para el personal de enfermería y que no afrontarlas de manera adecuada puede alterar su estado de salud, la adaptación hospitalaria, el rendimiento laboral, la movilidad funcional entre diferentes unidades, propiciar el absentismo laboral, enfermedades laborales, etc. Estos son algunos de los problemas que están asociados al estrés asistencial y que tienen efectos negativos en la calidad de vida de los profesionales y grupos de enfermería (Hernández-Mendoza et al., 2007).

La generalidad de los conocimientos adquiridos durante la diplomatura y la falta de definición de sus funciones no permiten desarrollar de forma protocolizada las actividades a

realizar e impide su independencia de los médicos, así como la delimitación de roles con las auxiliares de enfermería. Este colectivo se queja de tener que realizar las funciones que ningún otro personal del hospital tienen señaladas pero que, sin embargo, tampoco les corresponde. Además, en los hospitales hay una disponibilidad excesiva para ser cambiados de un servicio a otro. En estos cambios no se tiene en cuenta ni la formación ni la experiencia a la hora de adscribirles a un servicio. También son motivo de estrés la sobrecarga de trabajo, por el número excesivo de enfermos a los que atiende cada profesional; el que las plantillas estén infradotadas, y el tener que doblar turnos. Por otra parte, cabe señalar la falta de confianza del colectivo médico en las decisiones tomadas por el personal de enfermería. Todas estas condiciones de trabajo generan un estrés y un cansancio que puede justificar la falta de interés en objetivos comunes con el resto de sus compañeros (Hernández-Mendoza et al., 2007).

#### **6.4.2. El profesional de enfermería en los servicios especiales.**

En el contexto laboral sanitario, las unidades de cuidados intensivos han sido especialmente estudiadas (Badger, 2008; Bakker, Le Blanc y Schaufeli, 2005; Embriaco y Papazian, 2007; Laderer, Kinzl, Trasweger, Dosch y Summann, 2008; Levy, 2004; Poncet, Toullic, Panazin, Kentish-Barnes, Timsit, Pochard et al., 2007), por estar presentes en ellas numerosas fuentes de estrés (Levy, 2004; Moreno y Peñacoba, 1999). En estos trabajos se analizan las características específicas de estas unidades especiales que hacen que los profesionales que trabajan en ellas sean especialmente vulnerables a los efectos del estrés crónico. Así, se destacan aspectos como la incertidumbre que caracteriza el cuidado a pacientes críticos: incertidumbre en el pronóstico, en las decisiones médicas en casos límite, en el curso evolutivo de la enfermedad, etc. Esto provoca con mucha frecuencia en los cuidadores profesionales sentimientos de frustración, enfado e irritabilidad, sensación de

ineficacia y miedo al fracaso (Levy, 2004). Son sentimientos que, mantenidos a lo largo del tiempo, desembocan en un profundo desgaste emocional, uno de los síntomas característicos del estrés asistencial.

#### **6.4.3. El profesional de enfermería en el servicio de urgencias.**

El personal de enfermería que trabaja en los servicios de urgencias es un grupo especialmente vulnerable a padecer estrés asistencial por el gran compromiso emocional que genera la atención o el cuidado de pacientes, con la consecuente relación directa con los mismos y por considerar al servicio de urgencias como un lugar generador de estrés por la presión temporal y la urgencia del trabajo y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de vida y muerte.

Los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias están sometidos a una serie de estresores que incrementan la probabilidad de aparición de estrés asistencial: turnos rotatorios, sentimientos de infravaloración de su trabajo por los demás, presión asistencial, escasa posibilidad de predecir o graduar las demandas asistenciales, las dificultades de relación con el paciente y familiares, la necesidad de tomar decisiones importantes en poco tiempo, situaciones de urgencia y emergencia, la urgencia del trabajo inmediato, etc. (Bernaldo y Labrador, 2007; Ilhan et al., 2007). Además, se debe añadir el aumento del número de usuarios a las urgencias, los colapsos, demanda de información de evolución, el tono sobre-elevado o exigencia del usuario o de la familia por una asistencia inmediata, la habilitación de espacios físicos no funcionales, la presión en la toma de decisión en la clasificación del paciente en función de la patología, la movilidad de un servicio a otro, las nuevas incorporaciones en épocas estivales, la aplicación de nuevos soportes informáticos, entre otros.

La actividad del servicio de urgencias tiene una demanda psicosocial, donde las situaciones externas son la primera causa del estrés asistencial. Estas situaciones estresoras pueden ser de orden físico (demandas físicas, agentes naturales y artificiales) o social (eventos vitales, sucesos menores y estrés prolongado) (Sandín, 1999). Estos estresores añadidos a factores como la presión por proporcionar una respuesta inmediata al usuario y la demanda directa por el acompañante o familiares, hace que el trabajo de la unidad sea realmente laborioso. Aquí radica la destreza del profesional al utilizar eficazmente sus recursos personales, en actuar de forma rápida, eficaz y en lidiar con la continua presión del acompañante por obtener información sobre la situación del usuario del servicio sanitario.

El personal de enfermería supone un agente proveedor directo de los cuidados y es especialmente vulnerable al estrés. Harrison et al. (2002) resaltan que la profesión de enfermería experimenta mayor malestar psicológico que la población general. Entre las actividades del profesional de enfermería en urgencias están: la priorización (tras una valoración inicial de cinco minutos de signos y síntomas, y posterior exploración general) con código de colores para priorizar y remitir al paciente al área correspondiente (zona de críticos, box de exploración, zona de observación, sala de curas, sala de radiodiagnóstico, sala de yesos), actuación inmediata, eficacia, rapidez, coordinación, control de técnicas, protocolos de actuación, etc.

En definitiva, estos profesionales tienen que afrontar grandes cargas de trabajo que les impide realizar sus funciones de manera óptima. Esto puede llevar a un sentimiento de impotencia a nivel individual y en el equipo de trabajo (Escribà Mas et al., 1999).

#### **6.4.4. El profesional de enfermería en formación.**

Las enfermeras en formación son especialmente vulnerables al estrés. Los problemas del estrés sanitario se gestan entre el segundo y tercer año de la formación. La simultaneidad entre la preparación teórica y la práctica en enfermería, la inexperiencia, la incertidumbre ante los pacientes-usuarios y los recursos, el enfrentamiento a situaciones desconocidas expone al personal de enfermería frecuentemente en una situación de estrés constante, especialmente cuando tienen que enfrentarse a situaciones de urgencia. Durante este período se producirían los procesos claves de adaptación y de ajuste a las nuevas tareas o el fracaso en el afrontamiento de las tareas básicas que han de desarrollarse (Moreno-Jimenez, Alonso, y Álvarez, 1997). Además, la ambigüedad de rol suele afectar principalmente a los profesionales más jóvenes, a quienes la inexperiencia provoca desorientación sobre los procedimientos más adecuados en algunos momentos (Gibbons, Dempster y Moutray, 2007).

Los trabajadores activos son modelos para los estudiantes; ofrecen su experiencia y su conocimiento profesional y personal. Por otro lado, los estudiantes aportan motivación, nuevos conocimientos, actitudes y habilidades que se aprenden y desarrollan durante el periodo de formación, ayudan a recordar los principios éticos y deontológicos. Desde este grupo cabe destacar la mala opinión que los estudiantes en formación tienen sobre los profesionales de enfermería en activo, a los que acusan de tener poco compañerismo, ser pasivos e individualistas, ser poco trabajadores y estar poco interesados en los objetivos que debería tener la profesión. Las prácticas empiezan a ser pasivas, muestran menor interés, acentuándose la atención pasiva en los cuidados técnicos, olvidándose el aspecto humano de la profesión.

Es fundamental que durante el proceso de formación los aspectos emocionales sean percibidos de tal manera que proporcionen un ambiente psicológicamente receptivo y

acogedor que disminuya el estrés relacionado con el proceso de profesionalización. En la vida personal es posible identificar la falta de tiempo para el ocio, la familia, los amigos, las necesidades personales, las preocupaciones con sus propios conflictos y problemas emocionales (Nogueira-Martins, 2002).

### **6.5. El proceso de desilusión en la profesión de enfermería**

La ilusión por el trabajo se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Es el deseo de la persona de alcanzar metas laborales porque estas son una fuente de placer y de realización personal. De manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles de estrés asistencial (Gil-Monte et al., 2005). Los valores y la filosofía de la profesión, producen en muchas ocasiones una disonancia entre el trabajo que se realiza y las expectativas con respecto a la profesión (Malasch, 1982).

Entre las características de los profesionales que deciden trabajar en la salud están presentes los valores y creencias de valor humano, del cuidado humano, de ayuda humana como respuesta a las demandas de la sociedad de la que forman parte. Valores que responden a la energía y a la ilusión de esas primeras prácticas o primeros contactos laborales.

Los profesionales de enfermería, cuando empiezan en su nuevo puesto de trabajo, tienen un gran nivel de motivación y expectativas elevadas poco realistas. Al principio, se involucran mucho y hay una sobrecarga de trabajo voluntario que se complementa con una tendencia a la sobrevalorización de su capacidad, así como a no reconocer los límites internos y externos (Edelwich y Brodsky, 1980).

Durante el inicio de su profesión, la mayor parte de las personas experimentan una fase de entusiasmo por el acceso a un nuevo puesto de trabajo con nuevas expectativas e intereses. Al comienzo, todo contratiempo se contrarresta con las energías que proporciona la motivación por realizar un buen desempeño. Si las dificultades y la realidad del día a día empiezan a romper expectativas, surgiría una fase de estancamiento donde se empieza a valorar si el nivel de esfuerzo personal compensa los beneficios. Una vez que la persona se plantea la posible eficacia del esfuerzo personal para superar los obstáculos laborales, si no se dispone del apoyo de recursos organizacionales, sociales e individuales, la probabilidad de sufrir una fase de frustración y posteriormente de apatía y pérdida de referencias aumenta con un síndrome del desgaste profesional (Edelwich y Brodsky, 1980).

Los profesionales de enfermería también se caracterizan por sufrir un cuestionamiento del valor de su trabajo y su motivación. En los momentos de frustración se puede detener el compromiso de sus actividades manifestando por apatía y falta de interés. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y de implicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Por otro lado, se evita el contacto con los compañeros, hay ausencias al trabajo y puede producirse un abandono del trabajo o incluso abandonar la profesión (Edelwich y Brodsky, 1980).

La persona que sufre cansancio profesional encuentra dificultades en delimitar los diferentes papeles de la profesión y, consecuentemente, se produce un déficit en el reconocimiento social hacia su profesión. Maslach y Leiter (1997) apuntan que el desgaste en el compromiso con el trabajo percibido inicialmente importante y fascinante, se vuelve desagradable y sin sentido. En definitiva, se torna en un trabajo que no satisface al empleado (Martínez García, 2006).

A la fase de entusiasmo por el trabajo le sigue la fase de frustración, donde el profesional percibe la desvalorización profesional y falta de interés por el trabajo que realiza. Este fenómeno conlleva apatía que se expresa por cansancio emocional y cinismo, lo que desencadena cambios en el comportamiento de la persona y una actitud negativa hacia sus compañeros y hacia quienes acuden en busca de sus servicios (Martínez García, 2006).

## **6.6. La salud psicosocial del profesional de enfermería**

Blase (1982) señala que los factores relativos al contexto social y cultural (valoración social, reformas socio laborales, etc.) son mecanismos de generación de estrés en los profesionales de enfermería.

Las variables individuales y las influencias del entorno entran en un proceso de interacción dinámico que puede aumentar la posibilidad de producir estrés y desajuste psicosocial (Menezes de Lucena et al., 2006), pero también pueden aumentar la capacidad de responder eficazmente a situaciones de estrés o reducir la probabilidad de que aparezcan estos desarreglos (Manzano, 2002a).

Chacón y Grau (1997) resaltan la importancia de considerar el nivel de estrés al que está sometido el profesional de enfermería, tanto individual como organizacional. Esto hace que sea revelante el estudio del estrés asistencial en la salud de los profesionales de enfermería, ya que constituye un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad.

Maslach y Jackson (1981) señalan que a menudo a los profesionales asistenciales se les solicita que empleen un tiempo considerable e implicación con gente que se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, temor o desesperación. La tensión o estrés resultantes puede tener un efecto de decadencia

emocional, que deja al profesional vacío. Estos autores, consideran el estrés asistencial como una respuesta principalmente emocional y sitúa los factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes. Por otro lado, el trabajo puede suponer una experiencia donde la persona involucra afectos, emociones, experiencias previas, por tanto el ambiente laboral y su dinámica de desarrollo y posee un gran potencial para proporcionar al individuo nuevas experiencias de vida que aumenten o conserven su salud (Antonovsky, 1998).

A partir de la evaluación de la situación de estrés y las emociones derivadas, el profesional de enfermería determinará las estrategias de afrontamiento que utilizará para manejar las demandas. Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacción a las mismas (Lazarus y Folkman, 1986).

Tal y como recoge Levi (2000), el trabajo es una parte esencial de la vida del ser humano que influye en la salud y en su calidad de vida. El trabajo puede aportar objetivos y sentido a la vida; puede dar estructura y contenido a la vida cotidiana, además de respeto, reconocimiento, soporte social y recompensa económica. Un ambiente de trabajo saludable y salutogénico sería aquel en que las demandas laborales son óptimas (y no máximas), cuando los trabajadores cuentan con un grado razonable de autonomía y cuando el clima laboral es amigable y acogedor. El trabajador percibe un ambiente más positivo, se siente más enérgico, comprometido y perfilan conductas proactivas. Todo ello se expresa en los niveles de compromiso psicológico en el trabajo (engagement) como la respuesta positiva (eustress) y sobre la salud psicosocial. Por el contrario, cuando las condiciones son las opuestas y, sobre todo, si se mantienen crónicamente, las probabilidades de desencadenar o acelerar el curso de enfermedades preexistentes son muy elevadas.

Los profesionales de enfermería pueden pasar a formar parte como usuarios externo de la población clínica. Fomentar la salud psicosocial en el lugar de trabajo es fomentar la salud pública de la población, que actúa a modo de barrera contra las adversidades y las experiencias traumáticas. Por ello, desde el ámbito organizacional, se ponen en marcha las herramientas para promocionar los beneficios de la Psicología Positiva, así como para prestar mayor atención a los estados positivos de la persona, a su buen ajuste y rendimiento en el trabajo, en lugar de poner el foco únicamente en las disfunciones. En la actualidad las organizaciones han comenzado a mostrar interés por los factores psicosociales organizacionales a la calidad de vida laboral, contribuyendo de manera activa a la mejora de la salud mental y al bienestar de sus trabajadores, teniendo en cuenta sus necesidades y el fomento de la participación en la organización y en el diseño saludable de los lugares de trabajo (Gil-Monte, 2012).

Existen abundantes evidencias de determinados individuos o colectivos que consiguen resistir al estrés, tolerar la presión en situaciones adversas y conflictivas, reaccionar y desplegar estrategias que les ayudan a superarlo, o incluso salir reforzados positivamente de tales experiencias. El bienestar psicosocial se evidencia a través de los indicadores del compromiso psicológico, como son: percepción demandas laborales óptimas, altos recursos personales, energía, vigorosidad, entusiasmo y absorción por el trabajo. Por ello, es importante potenciar el bienestar psicosocial a través de los recursos psicológicos positivos, sin descuidar el malestar psicosocial (Salanova, 2010).

La salud de los profesionales de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en el desempeño de su actividad laboral, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos, responsabilidades y obligaciones pueden facilitar su

desarrollo sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos que desempeñan (Campanario, Rey, Ortega y Cárdeno, 2011; Daza, 1992).

## **CAPÍTULO 2. EL COMPROMISO PSICOLÓGICO COMO RESPUESTA POSITIVA**



## 1. Antecedentes históricos de la Psicología Positiva

El término Psicología Positiva fue descrito por primera vez por Maslow (1954) en su libro *Motivación y Personalidad*. Este psicólogo estadounidense fue uno de los principales promotores de la Psicología Humanista y junto a Carl Rogers y Erich Fromm desarrollaron teorías que tenían un enfoque centrado en la felicidad humana y en la vitalidad (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Humanista se focaliza en el desarrollo del potencial humano, buscando la salud psíquica o el crecimiento personal, ya sea en la familia, en el trabajo o en la vida. Por tanto, el humanismo busca la formación de valores humanos en una actitud ética que ensalza la libertad y la dignidad humana. Aborda al ser humano como una entidad capaz de razonar y de decidir, haciendo énfasis en la autorrealización y la autoestima (Mainou y Lozoya, 2012). La Psicología Humanista aporta al compromiso psicológico la consideración del ser humano como el centro de interés, en este caso, en el ámbito laboral, analizando sus valores, la percepción que tiene de sí mismo en el trabajo y su respuesta ante las dificultades que se encuentran en la organización. Dentro de la Psicología Humanista, el compromiso psicológico (engagement) en el trabajo se identifica con los planteamientos de Abraham Harold Maslow, que se centró en el estudio de los potenciales humanos como la creatividad, el amor a uno mismo, la necesidad de gratificación, la autoactualización, el afecto, la naturalidad, la trascendencia del ego, la autonomía, la responsabilidad y la salud psicológica, entre otras. Maslow proponía que el ser humano no solo busca reducir tensiones sino también avanzar en la maduración y desarrollo de sus potencialidades, estableciendo una distinción entre las motivaciones y las necesidades. Así, la necesidad es una carencia o déficit y la motivación es un deseo o el impulso para satisfacer la necesidad.

Posteriormente, la Psicología Positiva tuvo un empuje gracias a Martín Seligman quien, en 1998 y como presidente de la Asociación Americana, destacó la importancia de este enfoque. La Psicología Positiva surgía como oposición a la concepción de la psicología tradicional; propone continuar con uno de los objetivos primarios de la Psicología: el cultivo del talento y la mejora de las vidas de las personas (Salanova y Schaufeli, 2009).

## 2. La Psicología Positiva

La Psicología Positiva trata de instaurar un cambio desde la preocupación en curar la enfermedad mental a construir cualidades positivas y generar bienestar (Park, Peterson, Sun, 2013; Salanova y Schaufeli, 2009; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Así, tratan de incluir en su modelo distintas inquietudes dirigidas a mejorar la experiencia humana (ver Tabla 5).

Tabla 5

*Conceptos de inquietudes incluidos en el modelo de Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000)*

|                            |                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------|
| - La esperanza             | - Autoeficacia aprendida                             |
| - La creatividad           | - Locus de control                                   |
| - La espiritualidad        | - Capacidad de resistencia                           |
| - El optimismo             | - Mecanismos de defensa maduros                      |
| - La visión de futuro      | - Bienestar subjetivo                                |
| - El sentido de la vida    | - Los talentos de la persona                         |
| - La responsabilidad       | - La inteligencia emocional                          |
| - El sentido de coherencia | - La resiliencia                                     |
| - La fortaleza             | - La vinculación psicológica al trabajo (engagement) |

Consideran que las fortalezas personales y capacidades psicológicas respecto al ámbito organizacional pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas para conseguir la mejora del funcionamiento de las organizaciones. Estas características básicas son la autoeficacia, la esperanza, el optimismo y la resiliencia (Luthans y Youssef, 2004; Stanjovik, 2006).

Los estudios relacionados en el ámbito organizacional, desde una perspectiva tradicional, se han focalizado principalmente en describir los fenómenos del ámbito; se han centrado en el malestar y en la enfermedad profesional, en el lado negativo del estrés laboral, dejando a un lado las prácticas saludables orientadas a mejorar la salud psicosocial y el bienestar de los profesionales.

Actualmente, las líneas de investigación indican un creciente interés en el ámbito laboral, especialmente a los estados positivos de la persona, situando el compromiso psicológico (engagement) en el polo opuesto al estrés asistencial (burnout). La perspectiva de la Psicología Positiva resalta el estudio de las fortalezas y virtudes y el funcionamiento óptimo del ser humano sobre sus debilidades, disfunciones y sufrimientos, con un pronunciado énfasis en la promoción del desarrollo de recursos personales positivos (Carrasco, de la Corte y León, 2010; García-Renedo et al., 2006). Estas cualidades permiten la autorrealización personal y crecimiento profesional de los trabajadores (Carr, 2007; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Además, las organizaciones saludables son aquellas que optimizan el capital humano (Schaufeli, Bakker y Van Rhenen, 2009a), el capital social y el llamado capital psicológico positivo (Luthans, Youssef y Avolio, 2007; Luthans, Avey, Avolio y Peterson, 2010).

En los últimos años, ha habido un gran interés en el compromiso del trabajador. Diferentes estudios confirman que el compromiso del trabajador predice los resultados de los empleados, el éxito organizacional, económico y la satisfacción del cliente (Chaudhary, Rangnekar y Barua, 2011). La experiencia de compromiso ha sido descrita como una satisfacción relacionada con el trabajo positivo, la experiencia y el estado de ánimo (Bakker, Demerouti y Verbeke, 2004), y se ha encontrado que está relacionado la satisfacción laboral y el trabajo afecto positivo con la buena salud (Alarcon y Lyons, 2011; Maslach y Leiter, 2008;

Schaufeli y Bakker, 2004). Las organizaciones necesitan empleados comprometidos con su trabajo (Bakker, van Veldhoven y Xanthopoulou, 2010).

### **3. Psicología Organizacional Positiva**

La Organización Mundial de la Salud (2000) resaltó la importancia de que la organización contribuyera a cuidar de los cuidadores, lo que propició la proliferación de nuevos enfoques basados en la salud. Así, la Psicología Positiva orientó sus estudios a la Psicología de la Salud Organizacional con la finalidad de la mejora de la vida laboral, la protección y la promoción de la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores. Atañe tanto a los antecedentes negativos del malestar, sus antecedentes y consecuencias, como a los antecedentes positivos del bienestar con sus propios antecedentes y consecuencias. La idea central consiste en reconocer y sacar provecho de los aspectos positivos de las organizaciones, explorando y potenciando la parte más positiva (Turner, Barling y Zacharatos, 2002).

La Psicología Positiva en el ámbito organizacional se basa en aspectos positivos como el desarrollo de virtudes personales, emociones positivas y el “fluir” del empleado con las labores del día con día. Para ello, pretende identificar los aspectos positivos a través de las fortalezas del trabajador/a y el ejercicio óptimo de la organización (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Salanova (2008b) define la Psicología Ocupacional Positiva como el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como su gestión efectiva. Por tanto, el objetivo de esta disciplina es describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo de las organizaciones, orientado en ampliar y potenciar el bienestar psicosocial y la calidad de la vida laboral y organizacional, a nivel individual, grupal, organizacional y social. Su enfoque actualizado se basa en el

equilibrio de los recursos personales y laborales, pero sin olvidar la corrección o la intervención en aquello que no funciona (ver Tabla 6).

Tabla 6

*Integración de la Psicología Positiva en el ámbito laboral (Salanova y Schaufeli, 2004)*

|                                                                   |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| - La gestión de emociones positivas (felicidad, disfrute, placer) | - Formas efectivas de afrontamiento                 |
| - Desarrollo de virtudes personales                               | - Resistencia psicológica                           |
| - La creatividad                                                  | - Autenticidad en las relaciones sociales laborales |
| - La esperanza                                                    | - El “fluir” del empleado en sus labores            |
| - La autoeficacia y autoderminación                               | - El optimismo                                      |
| - Conducta cívica organizacional                                  | - Engagement                                        |

Según el modelo de Demandas-Recursos (Demerouti, Bakker, de Jonge, Janssen y Schaufeli, 2001), los recursos laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del puesto de trabajo que son funcionales, en el sentido de que permiten alcanzar metas laborales, reducir las demandas del puesto y los costes fisiológicos y psicológicos asociados y estimulan el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo.

En esa línea, la Psicología Organizacional Positiva busca descubrir las características de la organización positiva (Salanova, Martínez y Llorens, 2005), por lo que este enfoque supone un nuevo reto para las organizaciones ya que, además de intentar optimizar la salud de los empleados, también centra sus esfuerzos en disminuir su malestar y el de los equipos de trabajo, mejorando la salud psicosocial, el bienestar y la satisfacción de sus empleados (Salanova y Schaufeli, 2009).

Vinculada a la definición de la Psicología Organizacional Positiva, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (2014) complementa esta perspectiva definiéndola como la aplicación de la Psicología para el mejoramiento de la calidad de vida laboral y la protección y promoción de la seguridad, salud y bienestar de los trabajadores. En

esa línea, las investigaciones previas señalan que los ambientes saludables y la salud de los trabajadores son condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento de las organizaciones (Bakker y Leiter, 2010; Gil-Monte, 2012).

Una organización saludable es aquella que apuesta por el desarrollo del bienestar físico, psicológico y social de sus trabajadores. Fomenta, además, la salud en el trabajo, en el sentido de considerar “sana” a la organización, cuidando la salud de las personas que trabajan en ellas, desde un enfoque dirigido hacia la optimización del capital humano, social y psicológico, y la maximización de su rendimiento mediante buenas prácticas relacionadas con la promoción y la mejora de los recursos, el ambiente social de la organización (por ejemplo, canales de comunicación abierta) y los recursos sociales de la organización (estrategias de conciliación trabajo y vida privada) (Carrasco et al., 2010; Salanova, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009). Así pues, las prácticas organizacionales permiten fomentar el interés por la organización para que sea percibida como un buen lugar para trabajar (Carlsen, 2008).

La organización puede influir de forma notable en el capital psicológico positivo de sus trabajadores y de esta forma contribuirá a generar trabajadores saludables. Los empleados saludables (capital psicológico positivo) son personas que tienen una salud psicosocial óptima y equilibrada, entendida como el estado completo de bienestar en todos los niveles. Formarán parte del capital psicológico aquellas fuentes de ventajas competitivas y esenciales de las organizaciones saludables como el capital humano (el conocimiento), el capital social (las relaciones entre las personas) y el capital psicológico positivo (las competencias psicológicas cruciales) (Luthans et al., 2007a; 2010).

Las organizaciones actuales necesitan empleados proactivos que estén conectados con su trabajo y comprometidos. Por ello, la conexión psicológica de los empleados con sus trabajos ha adquirido especial relevancia: los trabajadores necesitan identificarse con la

organización y conocer si trabajan e interactúan en una organización saludable (Bakker y Leiter, 2010).

Durante la última década se ha producido un elevado interés entre los investigadores en implementar un enfoque positivo en las organizaciones (Bakker, Rodríguez-Muñoz y Derks, 2012). Así, de modo contrario al agotamiento y al cinismo experimentado por los trabajadores quemados, los individuos comprometidos o ilusionados con el trabajo se sienten capaces, se perciben con más recursos para afrontar las demandas laborales del día a día y además, manifiestan sentirse entusiasmados en sus trabajos (Salanova y Schaufeli, 2009). Por tanto, el fomento del compromiso psicológico se percibe como un elemento importante de cara a promover entornos laborales saludables y a mejorar la calidad de vida laboral. Por ello, el compromiso psicológico en el trabajo se vislumbra como pieza clave en las organizaciones modernas (Bakker y Leiter, 2010; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

Se encuentran otras líneas de investigación sobre aspectos como la mejora de los recursos personales individuales y organizacionales que ayudan a favorecer y mejorar las consecuencias negativas en los profesionales. Estas investigaciones consideran necesario desarrollar futuros modelos de estudio centrados en recursos personales del capital psicológico positivo (autoeficacia, resiliencia, optimismo, esperanza), el compromiso y el flow que tienen un efecto beneficioso (Moreno-Jiménez et al., 2012; Taub y Olivares, 2009). Por tanto, en el seno de la Psicología Organizacional Positiva se desarrolla el capital psicológico positivo y el compromiso que permite identificar distintas características o fortalezas personales que contribuyen a generar entornos y trabajadores saludables.

Los estados psicológicos positivos derivados han sido ampliamente relacionados con el bienestar (Avey, Luthans, Smith y Palmer, 2010) y con actitudes y conductas organizacionales positivas como la satisfacción laboral, el desempeño y el compromiso

organizacional (Avey et al., 2010; Luthans, Avolio, Avey y Norman, 2007b; Luthans, Norman, Avolio y Avey, 2008; Luthans et al., 2010).

Las características psicológicas positivas que componen el capital psicológico positivo constituyen estados y no rasgos de personalidad, por lo que el capital psicológico representa un constructo que puede jugar un papel crucial en el desarrollo de los individuos, equipos y organizaciones (Luthans, 2002; Luthans y Avolio, 2003; Seligman, 2002; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Snyder y López, 2002).

#### **4. El constructo del capital psicológico positivo**

El constructo de capital psicológico es un conjunto de recursos personales que recoge el constructo de autoeficacia, atribuciones positivas como el optimismo y la esperanza que mantiene la ilusión hacia la consecución de objetivos (Luthans et al., 2007a).

Los autores Luthans et al. (2007a) en la obra *Capital Psicológico* reflejan que este constructo incluye componentes como la eficacia personal y social, la esperanza, el optimismo y la resistencia ante experiencias negativas. Con ese capital se pueden prevenir situaciones de distress y se favorece la percepción de las nuevas demandas como oportunidades en lugar de percibir las amenazantes. La combinación de beneficios del estrés se complica cuando se analizan los resultados a lo largo del tiempo; las características del capital psicológico, especialmente la resiliencia y el optimismo realista, pueden ayudar a mejorar la percepción de la situación.

Luthans et al. (2007a) definen el capital psicológico positivo como “el estado psicológico positivo de desarrollo de un individuo” mediante un conjunto de características positivas que se despliegan en la vida profesional con el fin de crecer y progresar. Según Luthans y Youssef (2004; 2007a), estos atributos son la autoeficacia (confianza en la propia

capacidad para lograr un objetivo específico en una situación específica), la esperanza (motivación orientada al cumplimiento de un objetivo), optimismo realista (confianza en la resolución positiva de acontecimientos futuros) y resiliencia (capacidad de afrontar sostenidamente condiciones adversas o arriesgadas) (ver Tabla 7). Schaufeli y Salanova (2009) consideran características básicas y centrales del capital psicológico positivo la autoeficacia y el compromiso psicológico (Carrasco et al., 2010). Un concepto ligado al compromiso es el flow, que se expresa en tareas o aspectos concretos del trabajo y de carácter breve (Csikszentmihalyi, 1990; 2000).

Tabla 7

*Características positivas del capital psicológico (Luthans y Youssef, 2004; 2007a; Schaufeli y Salanova, 2009)*

| Componentes del Capital Psicológico |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variables                           | Definición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ejemplos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Autoeficacia                        | La confianza de los individuos acerca de sus capacidades para fomentar la motivación, los recursos cognitivos y la acción necesaria para ejecutar con éxito una tarea específica dentro de un contexto determinado (Stjakovic y Luthans, 1998).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Experiencias de dominio, aprendizaje vicario, persuasión verbal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Esperanza                           | Un conjunto cognitivo que se basa en el sentido recíproco del éxito y las vías para conseguirlo (Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, et al., 1991).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fijar metas personales valiosas, objetivos realistas, definir los objetivos secundarios, crear múltiples maneras para lograr objetivos y para evitar obstáculos.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Voluntad                            | Cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una “clave para la acción” diferente, con respecto a los demás. La clave para la acción es aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales que la llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, los cuales en un momento dado pueden fomentar un cambio que explica que no todas las personas reaccionen de la misma manera ante un determinado evento (Tohon, 2003).                                                         | Trabajar las fortalezas emocionales que implican el ejercicio de la voluntad para lograr metas a pesar de una oposición interna o externa. Esta puede ser entendida como la clave para la acción que motiva al cambio, la creatividad, la curiosidad, el amor por el aprendizaje. La fortaleza es una característica psicológica que permite poner en acción la abstracción de la voluntad.                                   |
| Optimismo                           | Un estilo atribucional que explica los sucesos positivos como personales, permanentes y globales, y los eventos negativos como externos, temporales y específicos (Seligman, 1998).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fijar metas personales valiosas, reconocer las creencias autodestructivas, darse cuenta de las consecuencias de dichas creencias, cuestionar las creencias contraproducentes y experimentar la energía.                                                                                                                                                                                                                       |
| Resiliencia                         | Habilidades de un individuo, cuando se enfrenta a adversidades, de recuperarse de un revés o fracaso (Block y Kremen, 1996).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Proporcionar apoyo para recuperarse de la adversidad, crecer ante un cambio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Engagement                          | La vinculación psicológica con el trabajo se ha definido como un estado afectivo positivo de plenitud que es caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción o concentración en el trabajo (Salanova y Schaufeli, 2004; Schaufeli y Salanova, 2007; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Diferentes estudios en ambientes laborales demuestran que el estado de vinculación con el trabajo modula los efectos directos de los recursos organizacionales sobre el desempeño, el bienestar y la calidad de vida en general, como si se tratara de un estado positivo que hace posible y facilita el uso de recursos (Salanova, Agut y Peiró, 2005). | Actividades como ir a trabajar u otras extralaborales como hacer deporte ya que el engagement no termina cuando el estímulo desaparece sino que se mantiene en el tiempo.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Flow                                | El flow es un proceso más puntual que el engagement y está relacionado con características o tareas concretas del trabajo. Se define por tres estados: antecedentes: percepciones de metas y retos claros de feedback inmediato; experiencia, conocimientos y acción concentración y alto sentido del control; y efectos: pérdida de conciencia de sí mismo y distorsión temporal (Salanova, 2009).                                                                                                                                                                                                                                                                       | Finalizar una tarea concreta (ocio, actividad de trabajo, estudios), hay una desconexión del tiempo y del exterior. Comparte un componente de disfrute y de absorción a la vez. En el momento que se empieza a pensar por qué se hace la actividad se deja de estar en flow. Hay más posibilidades de experimentar flow cuando se percibe que la actividad que se hace es altamente retadora y se considera capaz de hacerlo. |

Las características de la autoeficacia, como el compromiso, de alguna forma aumentan los repertorios pensamiento-acción de las personas, así como las conductas relacionadas con la flexibilidad, la creatividad, la apertura hacia la información y el desempeño organizacional. Por otra parte, aumentan el bienestar psicosocial (el sentirse bien, la satisfacción y la felicidad), lo que facilita la adaptación a la adversidad que supone a largo plazo un incremento de la confianza en uno mismo (Luthans et al., 2007a).

La perspectiva de la Psicología Positiva aporta la novedad de ahondar en la investigación de las fortalezas personales y las capacidades psicológicas, que pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas para poder mejorar el funcionamiento organizacional y el desempeño en las organizaciones actuales (Azanza, Domínguez, Moriano y Molero, 2014). Dentro del contexto organizacional positivo surge el concepto de capital psicológico, definido como el estado de desarrollo psicológico positivo del ser humano que va más allá del capital humano y social, el cual comprende la inversión en tiempos y esfuerzos necesaria y el desarrollo de las habilidades adquiridas correspondiente para la mejora del rendimiento y la competitividad (Luthans, Avolio, Walumbwa y Li, 2005).

Acerca del ámbito de la enfermería, Han y Chung (2015) dedujeron que el capital positivo está asociado al compromiso psicológico en el trabajo y al estrés laboral. Los resultados apuntan que enfermeras con mayor capital psicológico positivo están más comprometidas con la organización y tienen menos estrés laboral. Estos hechos proporcionan valiosas contribuciones a la gestión de enfermería en los hospitales al mejorar el rendimiento del centro y la consecución de resultados óptimos. En concreto, el capital psicológico positivo promueve la capacidad de innovación de las enfermeras en el desempeño de tareas, disminuye los aspectos negativos, favorece aquellos positivos y posee un impacto beneficioso en la salud física y psicológica de los trabajadores de enfermería.

Peterson, Luthans, Avolio, Walumbwa y Zhang (2011) han demostrado que un cambio positivo en los recursos personales, es decir, el capital psicológico, se relaciona con un cambio positivo en el rendimiento. Demerouti, Van Eeuwijk, Snelder y Wild (2011) determinaron que las intervenciones positivas aumentan los recursos personales de autoeficacia evidenciados por evaluadores externos. Por lo tanto, los recursos personales son entrenables y pueden ser incrementados con el fin de mejorar el compromiso psicológico en el trabajo y el rendimiento en el desempeño laboral.

#### **4.1. Antecedentes conceptuales del engagement**

La traducción al castellano del concepto “engagement” es complicada ya que no existe un término que abarque la total idiosincrasia del concepto. Originalmente, el término engagement fue acuñado a finales de los noventa por la Organización Gallup, a través del cuestionario llamado Q12, que evalúa los antecedentes de esa experiencia a través de los recursos laborales percibidos por el trabajador.

Las autoras Salanova y Llorens (2008) reconocen la relación del engagement con los conceptos de implicación en el trabajo y del compromiso organizacional (organizational commitment). Consideraron que este término surge y se desarrolla de manera independiente pero posee una vinculación psicológica con el trabajo.

Schaufeli, Salanova, González-Romá, y Bakker (2002) indican que el engagement es el polo opuesto al estrés asistencial y que es el resultado de un estrés positivo a largo plazo. Definen el engagement como un estado mental positivo relacionado con el trabajo; se trata de un estado específico y momentáneo que no se refiere a un objeto, evento o situación en particular y se caracteriza por vigor (altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, el deseo de invertir esfuerzo en el trabajo que se realiza incluso ante las

adversidades), la dedicación (altos niveles de significado del trabajo, de entusiasmo, inspiración, orgullo y una sensación de reto relacionados con el trabajo que uno realiza) y por último, la absorción (estar plenamente concentrado y feliz realizando el trabajo, mientras se tiene la sensación de que el tiempo pasa volando y uno se deja llevar por el trabajo) (Schaufeli, Bakker y Van Rhenen, 2009a). Actualmente no existe consenso acerca del significado del engagement laboral. Además, las diferencias conceptuales no favorecen la formulación de una única definición sintética. Aunque los términos engagement en el trabajo y engagement en el empleado son utilizados indistintamente, en este caso sería más apropiado utilizar el término engagement en el trabajo. No hay una única definición unánime sobre compromiso en el trabajo; existen diversas conceptualizaciones y cada una es definida y medida de forma diferente (Bakker, Albrecht y Leiter, 2011). A pesar de ello, la definición del engagement como un estado mental positivo de realización relacionado con el trabajo, que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción, es la aproximación de mayor difusión y mayor aceptación (Schaufeli y Bakker, 2010; Schaufeli et al., 2009; Schaufeli et al., 2002).

El engagement tiene un componente cognitivo-afectivo que se presenta de manera generalizada y persistente en el tiempo. Es un estado específico y momentáneo, que no está focalizado en un objeto o conducta específica y que está vinculado a recursos personales y organizacionales (Manzano, 2002; Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002a; Schaufeli y Bakker, 2003; Schaufeli et al., 2009; Schaufeli, Martínez, Marques, Salanova y Bakker, 2002b).

#### **4.2. Génesis conceptual del engagement en el trabajo**

El concepto de engagement en el trabajo surgió de la psicología positiva a finales de 1990 (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009). Concretamente, el engagement surge en 1990 a través William A. Kahn, quien estudió las organizaciones dedicadas al cuidado de personas

con bajos recursos, con enfermedades o en edad avanzada en centros como escuelas, hospitales, agencias de trabajo social, centros de salud e instituciones religiosas. En sus trabajos identifica los problemas que presentan y las estrategias que utilizan para enfrentar estos problemas. Mediante estos estudios, el concepto de engagement se relaciona con el compromiso y es definido por el aprovechamiento de los miembros de la organización de sus propios roles de trabajo, es decir, el estado en el cual las personas utilizan y se expresan así mismas durante el desarrollo de sus roles. El engagement se refiere a la vinculación, la implicación, el compromiso, la pasión, el entusiasmo, el esfuerzo y la energía (Buckingham y Coffman, 1999).

Kahn (1990) se centró en la forma en que los trabajadores satisfacen sus roles de trabajo y considera que los trabajadores comprometidos se esfuerzan mucho en su trabajo porque se identifican con él y se definen a sí mismos según los roles de trabajo. En estas personas pueden identificarse tres condiciones psicológicas: significación (el trabajo en sí mismo sería significativo y retador); seguridad (el lugar del trabajo sería fiable, seguro y previsible); y disponibilidad (los recursos físicos y psicológicos necesarios estarían disponibles para mejorar el rol laboral).

En 2002, Kahn diferenció su concepto de engagement desde la perspectiva psicológica o la experiencia de estar completamente inmerso que se refiere a que las personas sienten y están atentas, conectadas y entregadas y centradas en su rol laboral. Es un tipo especial de conducta que dedica energía al rol laboral motivada por un estado mental esencial llamado presencia psicológica. Para Kahn, el engagement produce resultados positivos tanto a nivel individual (desarrollo y crecimiento personal) como a nivel organizacional (calidad del rendimiento en el desempeño laboral).

Maslach y Leiter (1997), tras 25 años de estudios sobre el estrés asistencial, concluyeron que, bajo determinadas circunstancias, los empleados pueden trabajar de forma energética, estar altamente dedicados a sus trabajos y disfrutar al máximo estos momentos. Se inicia así una serie de estudios para identificar el polo opuesto al estrés asistencial y se acuña el término engagement, que denota la generación de consecuencias positivas para los empleados y para el funcionamiento óptimo de las organizaciones (Salanova y Llorens, 2008). Así, se configura el otro extremo donde se encontraría la sintomatología del estrés asistencial (agotamiento, cinismo y falta de eficacia profesional) (Lisbona, Morales y Palací, 2009).

Otros autores como Schaufeli y Bakker (2003) opinan que se trata de dos conceptos diferentes que deben de tener acceso de forma independiente. Así, los trabajadores experimentan el engagement y el estrés asistencial como dos estados psicológicos opuestos, uno con características negativas y el otro positivas (Salanova et al., 2000). Es decir, alguien que no está experimentando estrés asistencial, debe estar experimentando engagement (Maslach y Leiter, 1997; 2008).

El fomento del engagement es un elemento importante para promover entornos laborales saludables y que mejoran la calidad de vida laboral. Esta idea ya había sido planteada por Maslach y Leiter (1997) que consideraron que el mejor modo de prevenir el estrés asistencial consistiría en fomentar el engagement. Estos autores definieron el engagement como un estado positivo que se caracteriza por energía, implicación y eficacia; referían que el engagement no se fomenta únicamente reduciendo los estresores laborales, sino incrementando aquellos factores positivos o recursos disponibles para el trabajador en la organización. Salanova et al. (2000), lo consideran un estado psico-afectivo positivo, dominante y persistente en el tiempo y no focalizado a una conducta u objeto específico. Por

otro lado, investigaciones posteriores demuestran que el engagement fluctúa a través de tiempo (Sonnentag, 2003).

Reseñablemente, el engagement también se ha asociado a un compromiso extralaboral, como la realización de actividades deportivas, pasatiempos creativos, trabajos voluntarios y la maximización del tiempo libre (Schaufeli, Taris y Bakker, 2006).

A partir de estas líneas, en este estudio se considera utilizar el constructo compromiso psicológico en el trabajo como concepto que más se acerca el vocablo inglés *engagement*.

Por tanto, a la respuesta positiva se le denomina compromiso psicológico, que se define como un estado motivacional positivo caracterizado por una sensación de realización personal (Schaufeli et al. 2002).

## **5. Dimensiones del compromiso psicológico**

Al igual que el estrés asistencial, el compromiso psicológico es un constructo multidimensional formado por tres dimensiones denominadas vigor, dedicación y absorción (Schaufeli y Bakker, 2004):

- Vigor: contrario al factor de cansancio emocional de estrés asistencial, se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, de persistencia y de un fuerte deseo de esforzarse en el trabajo, incluso cuando se presentan dificultades (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Bakker, 2004).
- Dedicación: en sentido opuesto a la dimensión de realización personal de estrés asistencial, hace referencia al entusiasmo, la inspiración y el orgullo respecto al trabajo; incluye también una alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significación al trabajo, de entusiasmo, inspiración, orgullo y retos

relacionados con el trabajo que uno realiza. Conforman el componente emocional del compromiso psicológico (Salanova y Schaufeli, 2009).

- Absorción: concepto contrario al factor de baja realización personal del estrés asistencial. La persona está totalmente concentrada y feliz realizando su trabajo; el tiempo pasa rápidamente y presenta dificultades a la hora de desconectar de lo que se está haciendo (Salanova y Schaufeli, 2005, 2009). Se puede decir que la dedicación va más allá del propio concepto de eficacia ya que los trabajadores que la experimentan se sienten totalmente absorbidos por sus trabajos y experimentan grandes niveles de satisfacción personal. Es un concepto similar al flow (Csikszentmihalyi, 1990; Salanova y Llorens, 2008). No obstante, el flow se refiere a una experiencia temporal y no tanto a un estado psicológico más persistente en el tiempo (Schaufeli y Bakker, 2004). Es el componente cognitivo del compromiso psicológico (Salanova y Schaufeli, 2009).

Numerosos estudios empíricos han constatado la existencia de estas tres dimensiones (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2005; Durán, Extremera y Rey, 2004; Hallberg y Schaufeli, 2006; Mauno, Kinnunen y Ruokolainen, 2007; Salanova et al., 2000; Salanova et al., 2005; Schaufeli y Bakker, 2004; Sonnentag, Dormann y Demerouti, 2010). Por otro lado, diversas investigaciones postulan que el vigor y la dedicación constituyen el núcleo del compromiso psicológico (Bakker et al., 2005b; Llorens, Bakker, Schaufeli y Salanova, 2006; Mauno et al., 2007).

En la actualidad, son escasos los artículos e investigaciones acerca del compromiso psicológico en el ámbito sanitario (Keyko, 2014).

## **6. Lo que no es el compromiso psicológico**

Las investigaciones realizadas no han sido lo suficientemente concluyentes para delimitar conceptualmente el compromiso psicológico (Tonon, 2003). En este sentido, destacan la adicción al trabajo, la satisfacción laboral y el flow:

- Adicción al Trabajo: dentro de los principales conceptos que se han relacionado con el compromiso psicológico y que igualmente tiene una relación estrecha con el cumplimiento de las tareas, se encuentra la adicción al trabajo, pero solo que en un contexto negativo (Fumham, 2005). Este se caracteriza por utilizar una cantidad considerable de tiempo en el trabajo debido a un impulso interno muy fuerte que resulta en detrimento de actividades sociales, familiares o recreacionales a causa del trabajo. Schaufeli et al. (2003) y Scott, Moore y Micelli (1997) reportaron que la adicción al trabajo y el compromiso psicológico en el trabajo estaban relacionados con variables diferentes; ambos tipos de empleados ejercen esfuerzo extra y están comprometidos con la organización, pero los costos asociados del compromiso y esfuerzo para los adictos al trabajo son la salud mental individual y el contacto exterior. Por otra parte, los trabajadores comprometidos se sienten mental y socialmente bien. Wefald (2009) sugiere que el compromiso psicológico no está relacionado con el concepto de adicción al trabajo y que altos niveles de este no significan necesariamente algo negativo.
- Satisfacción Laboral: muchas organizaciones consideran la satisfacción laboral como una medida del nivel de felicidad de los empleados con sus trabajos y ha sido estudiada por Fritzsche y Parrish (2005). La satisfacción laboral ha sido definida por Locke (1976) como un estado emocional placentero o positivo que resulta de una evaluación personal del trabajo y de las experiencias del mismo o de la percepción del trabajo realizado.

- Flow: fue propuesto por Mihay Csíkszentmihalyi (1975) y es una experiencia óptima extremadamente disfrutada mientras la actividad está en curso. Es el estado mental operativo en el cual una persona está completamente inmersa en la actividad que ejecuta. Se caracteriza por un sentimiento de enfocar la energía, de total implicación con la tarea, y de éxito en la realización de la actividad.

## **7. Modelos teóricos del compromiso psicológico**

### **7.1. Modelo dual burnout *versus* engagement**

El compromiso psicológico en el trabajo supone un constructo teóricamente opuesto al estrés asistencial. Al contrario de los que sufren el estrés asistencial, personas con compromiso psicológico, están conectados enérgica y afectivamente con el trabajo y se estiman capaces de afrontar con éxito las demandas que se presentan (Schaufeli y Bakker, 2003), es decir, mientras algunas personas desarrollan el estrés asistencial, otros en cambio, experimentan una reacción positiva de bienestar y compromiso en el trabajo (Bakker y Leiter, 2010; Langelan, Bakker, van Doornen y Schaufeli, 2006).

La idea central del compromiso psicológico surge a partir de polos opuestos del estrés asistencial. Desde un punto de vista teórico, la relación entre el estrés asistencial y compromiso psicológico ha sido conceptualizado bajo dos perspectivas (Bakker, Rodríguez y Derks, 2012; Demerouti, Mostert y Bakker, 2010).

El primer enfoque lo describen los autores Maslach y Leiter (1997), y Grau, Salanova, Schaufeli, Peiró y Llorens (2012) quienes propusieron que el compromiso psicológico y el estrés asistencial constituyen polos opuestos de un continuo bienestar, siendo el estrés asistencial (burnout) el polo negativo y el compromiso psicológico (engagement) el polo positivo. Los autores postulan que el compromiso psicológico se caracteriza por altos niveles

de energía, participación y eficacia, características que constituyen el polo opuesto a las dimensiones de agotamiento, cinismo y falta de eficacia profesional del estrés asistencial. Este enfoque parece indicar que bajas puntuaciones en las dimensiones de agotamiento y cinismo y altos valores en eficacia puede ser indicativos de compromiso psicológico. Esta concepción ha sido utilizada en distintas investigaciones realizadas con personal de enfermería (Laschinger y Finegan, 2005; Laschinger, Wong y Greco, 2006; Maslach y Leiter, 2008). Por tanto, al considerar al estrés asistencial y al compromiso psicológico como los polos opuestos lleva a asumir que las correlaciones negativas entre sus tres dimensiones, deben ser casi perfectas.

El segundo enfoque defiende que ambos constructos no correlacionan negativamente entre sí de forma exacta. De esta manera, cuando una persona no está afectada por el estrés asistencial, no significa que tenga compromiso psicológico en el trabajo, se consideran estos constructos como independientes uno del otro (Bakker, 2011; Schaufeli y Bakker; 2001; 2010). Para estos autores, el estrés asistencial y el compromiso psicológico se pueden considerar de forma independiente aunque, teóricamente, sean considerados estados psicológicos opuestos. En este sentido, consideran que la limitación del enfoque anterior deriva de la necesidad de evaluar ambos constructos con un único instrumento de medida, esto es, con el Maslach Bournout Inventory-MBI (Maslach y Jackson, 1986). Según los autores, esta postura es susceptible de dos críticas principales. La primera se relaciona con la imposibilidad de que ambos constructos mantengan una relación negativa perfecta, es decir, aunque un trabajador no se encuentre quemado, tampoco implica necesariamente que esté comprometido o ilusionado por el trabajo y viceversa. La segunda crítica tiene que ver con la imposibilidad de estudiar la relación entre los dos constructos utilizando únicamente un instrumento de medida para dar cuenta de ambos (Liébana, 2011).

Un individuo que no experimenta estrés asistencial puede tener altos o bajos niveles de compromiso psicológico, aunque puede ocurrir que el compromiso psicológico y el estrés asistencial estén negativamente correlacionados, tal como asumen Maslach y Leiter (1997). Como se ha mencionado, el vigor y la dedicación son considerados opuestos al agotamiento y cinismo respectivamente. De ese modo, se identifican dos continuos, uno que abarca desde el agotamiento hasta el vigor (energía o activación) y el que va desde el cinismo a la dedicación (identificación) (Maslach et al., 2001). Hay varias evidencias empíricas que respaldan que el agotamiento y el cinismo constituyen el centro del estrés asistencial, mientras que la falta de eficacia no es un factor determinante (Maslach et al., 2001; Shirom, 2002).

Con objeto de superar estas limitaciones, los autores Schaufeli et al. (2001) elaboraron el *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). El UWES es un instrumento con buenas propiedades psicométricas (Schaufeli y Bakker, 2003) que permite la evaluación del compromiso psicológico de manera independiente al estrés asistencial. El UWES mide el compromiso psicológico de las tres dimensiones denominadas vigor, dedicación y absorción. Las dos primeras correlacionan negativamente con las dimensiones del estrés asistencial, agotamiento y cinismo, mientras que la tercera dimensión correlaciona positivamente con la eficacia profesional.

Este marco teórico se ha confirmado de forma empírica en estudios que mostraron que el vigor y el agotamiento, así como la dedicación y el cinismo, constituyen dos dimensiones diferentes (González-Roma, Schaufeli, Bakker y Lloret, 2006). Sin embargo, esta combinación de dedicación y vigor no refleja de manera completa el compromiso psicológico. Si se establece una comparación entre las dos aproximaciones académicas del compromiso psicológico, se puede observar que no coinciden en las bases pero sí están de acuerdo en sus dimensiones. En suma, se puede concluir que, al igual que el estrés

asistencial, el compromiso psicológico es un constructo multidimensional formado por tres dimensiones denominadas vigor, dedicación y absorción.

Salanova y Schaufeli (2009), refiriéndose al compromiso psicológico, plantean que es difícil que pueda ser explicado por una teoría concreta. En este sentido, las teorías psicológicas intentan identificar un número limitado de elementos relevantes que puedan explicar el fenómeno del compromiso psicológico. Esto puede ser el motivo para la ausencia de teorías que expliquen de manera satisfactoria el compromiso psicológico y representa un campo de estudio en construcción que cuenta con distintos modelos explicativos: el Modelo de Demandas y Recursos Laborales (DRL) de Bakker y Demerouti (2008), el Modelo Demandas-Recursos Laborales de Leiter (JD-R) de Bakker y Leiter (2010), el Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas (RED) y el Modelo HERO (Healthy Resilient Organizations Model).

## **7.2. Modelo de Demandas-Recursos Laborales de Bakker y Demerouti (DRL)**

El constructo de estrés asistencial y compromiso psicológico son parte de un continuo que podría ser explicado a través de un modelo que ofrece una perspectiva integral para estudiarlos y conocer qué recursos influyen en las demandas.

El Modelo de Demandas y Recursos Laborales (DRL) de Bakker y Demerouti (2007; 2008), Demerouti y Bakker (2011) surge dentro de la Psicología de la Salud Organizacional. Expone que cada tipo de organización o de ocupación incluye diferentes tipos de demandas y recursos para desempeñarse positivamente, lo que significa que se trata de un modelo flexible en relación a lo necesario para generar compromiso psicológico. Las demandas y los recursos laborales se refieren a los resultados positivos y negativos (Demerouti y Bakker, 2011). Las demandas suponen aquellas características de la organización y del trabajo que requieren

recursos basados en el esfuerzo físico o psicológico por parte del empleado para que sean realizadas. Dichos recursos son funcionales para la consecución de los objetivos, reducir las demandas laborales y sus implicaciones fisiológicas y psicológicas, y por último, estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo. Este modelo se ubica en el grupo de las teorías centradas en el aspecto motivacional y plantea que existen dos tipos de bienestar psicosocial con diferentes antecedentes y consecuencias: el compromiso psicológico (engagement) y el estrés asistencial (burnout).

Este modelo remite al estudio del compromiso psicológico junto al estrés asistencial de manera simultánea porque, como sostienen las autoras Salanova y Schaufeli (2009; 2011), ambos están negativamente relacionados entre sí, y además, teniendo en cuenta lo positivo y lo negativo de la realidad, puede expresarse de forma más fidedigna. Así, se concibe la salud ocupacional con un carácter holístico.

El modelo de Demandas y Recursos Laborales plantea que la interacción de las altas demandas de empleo y altos recursos de trabajo se asocian con el compromiso psicológico; por el contrario, las altas demandas de trabajo combinadas con bajos recursos de empleo se asocian al agotamiento. Además, ante las demandas laborales puede surgir una situación de estrés para los trabajadores, de manera que no lograr afrontarlas produce agotamiento que lleva al estrés asistencial. En caso contrario, quienes logran responder a tales exigencias laborales a través de los recursos inician un proceso motivacional que conduce al compromiso psicológico. A continuación, se explican estos dos procesos incluidos en el modelo:

a) El estrés asistencial y el deterioro de la salud

Este proceso surge cuando los empleados se enfrentan con altas demandas laborales (incluyendo recursos escasos), por lo general incrementan sus esfuerzos al máximo con propósito de acomodarse a las altas demandas ambientales (Salanova y Schaufeli, 2009).

Se consideran demandas laborales aquellas características de la organización que requieren un esfuerzo por parte del empleado que lleva asociado un coste físico y/o psicológico en su realización (Salanova y Schaufeli, 2009). Entre las demandas laborales se identifican varios tipos: demandas cualitativas, demandas mentales, demandas socio-emocionales, demandas físicas y demandas trabajo-familia, o familia-trabajo. Ante las demandas laborales, los empleados trabajan más y ponen un mayor esfuerzo en su trabajo (Salanova y Schaufeli, 2009), de manera que las demandas se convierten en estresores que pueden desencadenar daños fisiológicos. También pueden provocar prácticas poco saludables como tabaquismo o consumo excesivo de comida o bebida. Además, se pueden generar daños psicológicos como disminución de la concentración, depresión, ansiedad, aumento de quejas psicosomáticas, fracaso para seguir dietas o hacer ejercicio (Salanova y Schaufeli, 2009).

Esta situación reduce la salud psicosocial y física, lo que provoca una disminución de los niveles de eficacia en el trabajo. Esto conlleva un distanciamiento de la tarea y emerge la sensación de ineficacia al no cumplirse los objetivos. El esfuerzo adicional provoca además agotamiento y surge así el estrés asistencial.

b) El compromiso psicológico y el proceso motivacional

El proceso motivacional consiste en los recursos laborales de los trabajadores, es decir, aquellas características físicas, psicológicas u organizacionales del trabajo, con las

cuales las personas responden a las demandas laborales de la organización (Salanova y Schaufeli, 2009).

Estos recursos laborales se convierten en motivadores intrínsecos ya que fomentan el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo de los trabajadores. A su vez son motivadores extrínsecos porque permiten el logro de los objetivos de trabajo. De esta manera, los recursos laborales responden a las necesidades humanas básicas de ser competentes, autónomos y relacionarse en forma efectiva (Salanova y Schaufeli, 2009).

El Modelo DRL establece que la falta o inadecuación de recursos laborales incrementa las demandas laborales hasta producir el estrés asistencial, mientras que el uso de recursos laborales promueve procesos de motivación en el trabajo hasta llegar al compromiso psicológico y, por tanto, el buen desempeño laboral, el desarrollo personal y a la eficacia de la organización. Es necesario mencionar que el estrés asistencial y el compromiso psicológico se contagian en el ámbito laboral, por lo que trascienden de lo personal a lo colectivo, incluso pueden impactar en el ámbito familiar (Salanova y Schaufeli, 2009).

El modelo DRL ha evolucionado desde una primera formulación en la que se enfatizaba predicción de los aspectos negativos (estrés asistencial, disengagement), tomando como variable independiente la insuficiencia de recursos laborales. Más adelante se consideró también la importancia de los recursos personales (autoeficacia, resiliencia, autoestima, etc.) y el papel que juega la interacción de los recursos laborales y personales en la activación y dinamización del compromiso psicológico, del desempeño y de la espiral positiva que desarrolla este proceso.

Durante la última década ha aumentado el número de estudios relacionados con las demandas laborales y los recursos (Bakker y Demerouti, 2007; Demerouti y Bakker, 2011;

Demerouti et al., 2001a). El modelo se ha utilizado para predecir el agotamiento del trabajo (Bakker et al., 2005b; Bakker, Schaufeli, Leiter y Taris, 2008; Demerouti et al., 2001a), compromiso organizacional, satisfacción en el trabajo (Bakker et al., 2010c), conectividad (Lewig, Xanthopoulou, Bakker, Dollard y Metzger, 2007) y compromiso psicológico en el trabajo (Bakker y Demerouti, 2007; Hakanen, Bakker y Schaufeli, 2006).

### **7.3. Modelo Demandas-Recursos Laborales de Leiter (JD-R)**

Se trata de un modelo influyente en la Psicología Organizacional de la Salud Positiva para explicar el bienestar laboral. Este paradigma especifica cómo los trabajadores pueden orientarse y conseguir el bienestar laboral a través de la equilibrada interacción de las demandas y de los recursos laborales. Las demandas laborales son aquellos aspectos físicos y psicosociales de la organización que requieren un importante esfuerzo, coste físico y psicológico (emocional, cognitivo y conductual) (Bakker, Hakanen, Demerouti y Xanthopoulou, 2007).

El modelo JD-R se ha utilizado para predecir consecuencias de estas experiencias, entre las que se incluyen el absentismo por enfermedad (Bakker, Demerouti, De Boer y Schaufeli, 2003; Clausen, Nielsen, Gomes Carneiro y Borg, 2012; Schaufeli et al., 2009a) y el rendimiento laboral (Bakker et al., 2008; Bakker, Demerouti y Verbeke, 2004). Este modelo permite entender, explicar y hacer predicciones sobre el bienestar de los empleados, por ejemplo, sobre el agotamiento, la salud, la motivación, el compromiso de trabajo y el desempeño laboral (Bakker y Demerouti, 2014).

De acuerdo con el marco teórico Demandas-Recursos (JDR), compromiso y trabajo satisfacción pueden producirse por dos tipos de condiciones: demandas laborales (el estrés de rol) y recursos laborales (autoeficacia). Este modelo proporciona un marco para la

comprensión de los empleados comprometidos y lugares de trabajo motivadores. Por lo tanto, este acercamiento puede ser de utilidad a la hora de diseñar estrategias de mejora en la calidad de los servicios y de aumento en la satisfacción laboral de los empleados (Orgambídez, Borregos y Mendoza, 2014). La teoría JD-R es dinámica ya que reconoce e integra el hecho de que los niveles de agotamiento y compromiso psicológico en el trabajo de los individuos también influyen en sus demandas y recursos de empleo (Bakker y Demerouti, 2014). Este modelo se puede utilizar para elaborar futuras intervenciones dirigidas al individuo o la organización. Los autores esperan que la teoría JD-R se utilice para guiar la investigación futura y la práctica de tal manera que los empleados pueden trabajar más saludablemente en entornos de trabajo atractivos que reviertan positivamente en la productividad y en la salud (Bakker y Demerouti, 2014).

Estudios de JD-R han demostrado consistentemente que los empleados logran un mejor rendimiento en el trabajo con recursos desafiantes, ya que este tipo de entornos facilitan el compromiso psicológico. A través de la capacitación, los empleados pueden adquirir nuevas habilidades tanto técnicas como de resolución de problemas. Ya que la mejora del conocimiento y las habilidades pueden facilitar recursos personales como la autoeficacia, resistencia y el optimismo, la formación que proporciona este modelo también puede actuar directamente en los recursos personales (Bakker y Demerouti, 2014).

El Modelo Demandas-Recursos Laborales JD-R, como predictor de la participación activa en el trabajo, presenta bases para pronosticar el compromiso psicológico en el trabajo dependiente de los recursos de empleo o recursos laborales y de los recursos personales o capital psicológico (Bakker et al., 2007).

a) Recursos de empleo o recursos laborales

Se identifican como aquellos aspectos psicológicos, sociales y organizacionales del trabajo que reducen las demandas laborales y los costos psicológicos. Estos recursos favorecen los procesos motivacionales al satisfacer necesidades básicas como la autonomía, competencias sobre los recursos de empleo. Las investigaciones revisadas destacan la autonomía, el soporte social, la retroalimentación del desempeño, los estilos de afrontamiento a estresores y el clima organizacional.

b) Recursos personales

Otros estudios se han centrado en los recursos personales como aspectos para pronosticar el compromiso psicológico. Estos recursos son la autoevaluación positiva ligada a la resiliencia, habilidades para controlar e impactar el ambiente, motivación, desempeño en el trabajo y satisfacción vital (Bakker y Leiter, 2010).

El optimismo juega un rol importante generando expectativas ante situaciones de cambio y permiten la sensación de control personal ante demandas. La esperanza implica ver la adversidad como el cambio y transformar los problemas en oportunidades. La resiliencia atañe a la perseveración en la búsqueda de soluciones ante obstáculos, dificultades o problemas. La autoeficacia, en cambio, se refiere a mantener la confianza y la autoevaluación positiva (Bakker y Leiter, 2010).

El modelo también plantea que las demandas laborales se relacionan con los recursos del compromiso psicológico; los recursos del empleo permiten mantener el compromiso psicológico ante la exigencia del puesto, la cual puede ser un ambiente desfavorable, gran carga de trabajo, o trabajo físico, entre otras.

Bakker y Leiter (2010) manifiestan que las investigaciones realizadas se orientan hacia estudios futuros sobre la ampliación de las emociones positivas como la alegría, el interés y la satisfacción. Además, estas emociones positivas favorecen el desarrollo de los empleados mediante la adquisición de nuevas habilidades y de relaciones interpersonales más estrechas, favoreciendo la cooperación interpersonal y la reducción de conflictos.

Las demandas y los recursos no sólo tienen efectos únicos en la salud y la motivación de los empleados, sino que también tienen efectos conjuntos (interactivos) en el bienestar de los empleados. Así, los recursos laborales junto con los recursos personales y al capital psicológico favorecen una serie de beneficios: mejora del desempeño en un ambiente laboral cambiante, el desarrollo del sentido de prosperidad en un ambiente fuera del rol de trabajo y aumento de la creatividad en el trabajo y el desarrollo financiero (Bakker, 2014).

Tims, Bakker y Derks (2013) ofrecen una actualización del modelo al incluir el *job crafting* en la utilización demandas y recursos laborales que puede tener un impacto indirecto positivo en el trabajo el compromiso y la satisfacción en el trabajo, ya que los profesionales moldean sus tareas del trabajo en relación a sus preferencias y habilidades. El *job crafting* hace referencia a los cambios físicos y cognitivos que los individuos incluyen dentro de una tarea o de los límites relacionales (Bakker, Demerouti y Xanthopoulou, 2011; Berg, Wrzesniewski y Dutton, 2010).

#### **7.4. Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas (RED)**

Tomando como referencia los modelos Demandas-Control y Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001), Salanova, Cifre, Martínez y Llorens (2007) proponen abordar la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo a partir de una nueva apuesta metodológica, el modelo Recursos, Experiencias y Demandas (RED), con el que se pretende

superar algunas limitaciones mediante una restricción al espacio laboral-organizacional y algunas contradicciones relativas a la relación demanda-compromiso inherentes a los modelos anteriores. En el ajuste/desajuste entre las demandas del puesto y los recursos personales/organizacionales, aquellos con una percepción de mayor bienestar (emociones positivas, compromiso psicológico en el trabajo, compromiso organizacional, satisfacción) o malestar en el trabajo (estrés asistencial, tecnoestrés, adicción al trabajo) repercutirán, a su vez, en la organización, mediante un peor desempeño laboral, absentismo. Esta propuesta se fundamenta, entre otros, en los siguientes principios generales:

- Una concepción integral de la salud biopsicosocial.
- Un enfoque inspirado en la psicología positiva que incluye aspectos de signo negativo y positivo.
- Una extensión de los respectivos campos de las demandas y de los recursos hasta ámbitos extralaborales y extraorganizacionales, como el derivado de las tensiones trabajo-familia-vida privada.
- Una identificación de la asimetría o inadecuación altas demandas laborales, bajos recursos laborales como la fuente principal del estrés laboral.
- La contraposición entre las demandas amenazantes y las retadoras. Las primeras son obstáculos para el logro de metas laborales y suponen una fuente de emociones negativas y de afrontamiento pasivo. Las segundas son percibidas como incentivos para el logro laboral y van acompañadas de emociones positivas y de sentimientos de autorrealización, al tiempo que estimulan un afrontamiento activo.

- Una distinción entre dos tipos de procesos psicológicos que funcionan en paralelo y circularmente derivados del intercambio: demandas-recursos, circularidades que deterioran la salud o favorecen la motivación.
- Una asignación de máxima relevancia a los recursos personales, y muy especialmente al de la autoeficacia (individual y colectiva), concebida como un potente factor de control del entorno.
- El modelo teórico integra una metodología de evaluación incorporada, a su vez, a un plan de intervención en la organización.

Las creencias de eficacia obrarían como el prisma a través del cual son percibidas las demandas y los recursos. Los recursos suponen un factor capital en el modo en el que son afrontadas cognitivamente y emocionalmente. Las demandas actúan como variable predictiva del deterioro de la salud y de la motivación. Por una parte, en el proceso circular de deterioro de la salud, las expectativas de ineficacia iniciales predisponen a percibir el ambiente como incontrolable, las demandas como amenazantes y los recursos como insuficientes. Esto se traduce en malestar psicosocial, desempeño deficiente, disengagement laboral y consecuencias organizacionales negativas. A su vez, conduce a una baja valoración de los propios recursos personales y al deterioro de la salud. Por otra, el proceso circular positivo de motivación se caracteriza por todo lo opuesto, es decir, altas expectativas de eficacia, percepción de control, valoración positiva de los recursos personales para el afrontamiento de demandas retadoras, sensación de bienestar, buen desempeño, compromiso con la organización, valoración positiva de los propios recursos personales y experiencia de buena salud.

El cuestionario RED tiene como objetivo básico la identificación de cuatro factores. El primero hace referencia a factores de riesgo psicosocial o estresores a un nivel específico (por ejemplo, grupo de trabajo, planta, departamento). Con este instrumento se detectan los principales factores de riesgo pero también los principales factores de motivación y oportunidad de mejora. El segundo factor atañe a aquellos colectivos potenciales de riesgo (por ejemplo, trabajadores más mayores, trabajadores temporales, trabajadores poco cualificados, inmigrantes). Son aquellos colectivos que identifica también la ley de prevención de riesgos laborales. En tercer lugar, se sitúa la detección de personas con riesgo de desarrollar problemas relacionados con el estrés (por ejemplo, tecnoestrés, estrés asistencial, adicción al trabajo, acoso laboral). Por último, se encuentran aquellos grupos, individuos u organizaciones psicológicamente sanos para mejorar su bienestar y la calidad de vida laboral.

### **7.5. Modelo HERO (Healthy a Resiliente Organizations Model)**

El modelo HERO (Salanova et al., 2012) ha sido desarrollado por el equipo WONT (WONT- Work and Organization Network) de la Universitat Jaume I.

Estas organizaciones se denominan organizaciones saludables y resilientes, dado que el foco de salud y resiliencia no se basa solo en los individuos, sino también en los equipos y en las organizaciones como un todo.

Salanova (2008; 2010) y Salanova et al. (2012) definen las HERO como aquellas organizaciones que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar los procesos y resultados de sus empleados y de la organización. Estos esfuerzos se relacionan con los recursos y las practicas organizacionales, y con las características del trabajo en tres niveles: 1) nivel de tarea (rediseño de tareas para mejorar la autonomía, feedback); 2) nivel

del ambiente social (liderazgo); y 3) nivel organizacional (estrategias organizacionales para la mejora de la salud, la conciliación familia-trabajo).

El modelo HERO constituye un modelo teórico heurístico que permite integrar resultados basados en evidencia teórica y empírica que proviene de las investigaciones sobre estrés laboral y de la Psicología Organizacional Positiva (Llorens, Del Líbano y Salanova, 2009). De acuerdo con este modelo, una organización saludable y resiliente combina tres componentes clave que interaccionan entre sí: 1) recursos y practicas organizacionales saludables; 2) empleados saludables (creencias de eficacia, confianza organizacional, compromiso con el trabajo); y 3) resultados organizacionales saludables (desempeño) (Salanova et al., 2012).

Desde una aproximación positiva (Salanova y Schaufeli, 2009; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), la implementación de prácticas organizacionales saludables, por ejemplo, a través de buenas prácticas organizacionales la conciliación trabajo-familia (Cifre y Salanova, 2004), es posible mejorar las características del trabajo que reviertan en empleados saludables mediante la potenciación del capital psicológico positivo (Luthans et al., 2007a; 2007b) y resultados saludables (Salanova et al., 2012).

## **8. Variables facilitadoras del compromiso psicológico en el trabajo**

El compromiso psicológico se puede incrementar gestionando las fortalezas y las habilidades personales de cada trabajador. Diferentes investigaciones evidencian la pertinencia de estudiar el comportamiento humano en contextos de trabajo desde una perspectiva positiva e implementar acciones que fomenten el desarrollo integral de experiencias óptimas de trabajo (Arenas et al., 2013).

Entre algunos posibles factores que facilitan el compromiso psicológico se incluyen recursos de trabajo y experiencias positivas, como los recursos laborales (autonomía, apoyo social, feedback) y los personales (autoeficacia). La recuperación debida al esfuerzo, el contagio emocional y la motivación juegan un rol en el compromiso psicológico individual y grupal que aumenta cuando existen más recursos laborales disponibles (Salanova, 2009). Esta última afirmación trae como consecuencia la creación del liderazgo (Schaufeli y Salanova, 2007b; Wefald y Downey, 2009).

Shirom (2003) ha sugerido que contar con líderes que animen a sus empleados a pensar creativamente supone un antecedente de uno de los factores de compromiso psicológico, en este caso el vigor. Los recursos del trabajo han mostrado ser un antecedente del compromiso psicológico y para algunos desempeños, estos recursos pueden ser influenciados por un líder de grupo.

Hay otros estudios donde se revisan distintas causas de la generalización de emociones positivas del trabajo-hogar y viceversa. Otra causa postulada sería el proceso de contagio emocional o tendencia a imitar de forma automática las expresiones emocionales de los demás, comunicadas a través de la expresión facial, vocalizaciones, posturas y movimientos y converger emocionalmente hablando (Salanova y Llorens, 2008).

García-Renedo et al. (2006) proponen también como factores de la competencia percibida y la alta autopercepción de eficacia profesional, ambas relacionadas con el bienestar psicológico que propician el compromiso desde el ámbito laboral.

Wefald y Downey (2009) consideran que la Teoría de las Características de Trabajo (Hackman y Oldman, 1975), que postula que la variedad de las habilidades, identidad de las tareas y su importancia, autonomía, y retroalimentación son recursos que facilitan el estado emocional. La presencia de dichos recursos favorece la satisfacción en el trabajo, la

motivación y disminución del absentismo y rotación de personal (Fried y Ferris, 1987). Igualmente, la Teoría de la Conservación de los Recursos (Hobfoll, 1989) sugiere que los individuos son motivados tanto por los recursos de trabajo como por el deseo de mantenerlos e incrementarlos.

### **8.1. Recursos personales**

Los recursos personales o el capital psicológico (Bakker y Leiter, 2010), se caracterizan por la recuperación tras un período de esfuerzo, el optimismo, la esperanza, la resiliencia, dar sentido al trabajo, la autorregulación y el contagio emocional fuera del trabajo (Xanthopoulou et al., 2007). Se trata de aquellos mecanismos motivacionales que relacionan y comprometen a las personas con su trabajo. Entre ellos pueden identificarse cuatro recursos personales importantes vinculados al compromiso: características personales, conductas en el trabajo, autoeficacia, el capital psicológico y resiliencia. A continuación, se describen cada uno de estos recursos.

a) Características personales: son los rasgos que poseen ciertas personas y que permiten disfrutar de su trabajo y sentirse involucradas en él, tratando de lograr un mejor desempeño. Entre las características personales pueden mencionarse:

- Emociones positivas como alegría, interés y satisfacción por el trabajo.
- Sensación de bienestar que implica sentirse bien con el trabajo realizado, sentirse bien preparado, buena salud y sentirse físicamente bien al desempeñar el trabajo.
- Sensación de felicidad: se muestra a través de gozar del trabajo, sentirse feliz en el trabajo y sentirse ilusionado por el trabajo.

b) Factores psicológicos: son conductas favorables en el trabajo. Se trata de elementos propios del compromiso que se despliegan durante la realización del trabajo.

c) La autoeficacia, este recurso se refiere a la autopercepción que la persona tiene de su trabajo y a su pensamiento positivo y optimista sobre la realización del mismo. Incluye dos aspectos: la autopercepción positiva y el capital psicológico. La autoeficacia sobre el trabajo que se realiza, considerada como causa y consecuencia del compromiso (Salanova y Llorens, 2008) puede definirse como las creencias que tenemos sobre las propias capacidades y competencias para realizar tareas con éxito. Favorecen, a su vez, la persistencia en la tarea incluso ante obstáculos y dificultades (Salanova y Schaufeli, 2009).

d) El capital psicológico se refiere a un estado psicológico caracterizado por eficacia, optimismo y esperanza. La eficacia es expresada como la facultad de mantener la confianza en uno mismo, optimismo ante las adversidades y la transformación de los problemas en oportunidades (Bakker y Leiter, 2010).

e) La resiliencia: es la perseverancia para buscar soluciones a los obstáculos y dificultades (Bakker y Leiter, 2010). Se establecen tres aspectos diferenciados: las conductas proactivas, la motivación para emprender cosas nuevas y la capacidad de afrontamiento a demandas laborales.

Las conductas proactivas son algunas de las características vigorizantes del compromiso psicológico y favorecen el contagio emocional positivo entre los trabajadores. La motivación para emprender cosas nuevas, implica que la persona acepta realizar tareas nuevas en su trabajo, la aceptación de nuevos retos o la búsqueda de información para mejorar su desempeño laboral (Salanova y Llorens, 2008).

Por otra parte, la capacidad de afrontamiento a demandas laborales se refiere a la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes que desbordan sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984; Rodríguez Marín et al., 1995). Tales demandas laborales son características de la organización que requieren un esfuerzo por parte del empleado para ser realizadas y ese esfuerzo lleva asociado un coste físico y/o psicológico (mental o emocional). Estas demandas pueden ser de varios tipos (Salanova y Schaufeli, 2009):

- Demandas cualitativas: sobrecarga, presión temporal, alto ritmo de trabajo, fechas tope.
- Demandas mentales: tareas que exigen concentración, precisión, atención, procesamiento en paralelo, toma de decisiones complejas.
- Demandas socio-emocionales: acoso laboral, tener que mostrar empatía y emociones positivas cuando se siente lo contrario.
- Demandas físicas: trabajar en situaciones de frío, calor o humedad, trabajos de carga y descarga.
- Demandas organizacionales: conflicto de rol, ambigüedad de rol, inseguridad en el empleo, fusiones entre empresas.
- Demandas trabajo-familia o familia-trabajo: trabajo nocturno, cuidados a terceros.

Con respecto al comportamiento, las personas tienden a elegir aquello que perciben ser capaces de realizar. Por ese motivo, afecta a los pensamientos y a los sentimientos. Las personas que se perciben eficaces centran sus esfuerzos en las demandas y se esfuerzan por afrontarlas adecuadamente.

## 8.2. Recursos laborales

Parece existir un acuerdo en considerar los recursos organizacionales como las principales variables asociadas y predictoras del compromiso psicológico (Bakker et al., 2005b; Mauno et al., 2007; Richardsen, Burke y Martinussen, 2006; Salanova et al., 2005). Este hecho se constata también en los resultados empíricos de la mayor parte de las investigaciones que no obtienen correlaciones entre este constructo y las demandas laborales. Sin embargo, otros estudios evidencian relaciones significativas entre el compromiso psicológico y la práctica totalidad de recursos laborales (Llorens et al., 2006a; Schaufeli y Bakker, 2004).

Con respecto a los recursos organizacionales o laborales, también pueden desempeñar el papel de motivadores extrínsecos porque son instrumentos fundamentales para el logro de los objetivos de trabajo (Salanova y Schaufeli, 2009). En ese sentido, se señalan tres recursos: el apoyo social, la autonomía en el trabajo y el feedback o retroalimentación (Salanova y Schaufeli, 2009):

a) Apoyo social: supone otro elemento vinculado al compromiso (House, 1981; Lisbona et al., 2009; Salanova y Schaufeli, 2009; Rodríguez-Marín et al., 1995). Consiste en construir y mantener relaciones sociales con los demás, satisfacer la necesidad de pertenecer a un grupo y relacionarse con los demás (Salanova y Schaufeli, 2009). Las relaciones sociales atañen al bienestar, como la salud y la calidad de vida (Rodríguez-Marín et al., 1995) y a la transacción interpersonal que incluye aspectos como la preocupación emocional (muestras de amor, empatía y confianza); información (recibir información acerca del contexto que resulta útil para afrontar un problema); y valoración (percepción del apoyo recibido, relevante para la autoevaluación en la persona).

b) Autonomía en el trabajo: es una de las necesidades básicas de las personas en el ambiente de trabajo basada en la necesidad de las personas por tener el control sobre las cosas que ocurren, en lugar de depender de los demás o de situaciones externas (Salanova y Schaufeli, 2009). Respecto a la autonomía y a su posible asociación con el compromiso, los estudios analizados muestran que este recurso no siempre correlaciona con todas las dimensiones del compromiso. Por ejemplo, Salanova et al. (2005) encuentran que la autonomía se relaciona únicamente con los niveles de dedicación manifestados por trabajadores del sector de hostelería. No obstante, otras investigaciones constatan relaciones entre este recurso y las restantes dimensiones del compromiso.

c) Feedback o retroalimentación a los empleados: se trata del reconocimiento que los trabajadores buscan recibir de sus autoridades o de sus compañeros, para lo cual invierten tiempo y energía por mejorar sus competencias y logros en el trabajo (Salanova y Schaufeli, 2009).

Un recurso adicional estudiado en relación con el compromiso psicológico ha sido la autoeficacia percibida. En este sentido, Llorens et al. (2006a) y Salanova, Schaufeli, Martínez y Bresó (2010) concluyen que los trabajadores que se perciben más eficaces en sus trabajos experimentan mayores niveles de vigor, dedicación y absorción. Finalmente, respecto a la participación en la toma de decisiones y el feedback, ambos constructos poseen una relación positiva con el compromiso (Schaufeli y Bakker, 2004).

## **9. Consecuencias del compromiso psicológico en el trabajo**

El compromiso psicológico se define como la actitud positiva hacia el trabajo y hacia la organización, que es reflejada en la satisfacción laboral, el compromiso organizacional y una baja intención de abandonar el trabajo. Se complementa con elevada motivación para

aprender cosas nuevas y asumir nuevos retos en el trabajo, conductas de iniciativa, desempeño exitoso en las tareas, una mayor calidad del servicio a los clientes y un aumento de la salud de los empleados. Además, representa uno de los indicadores de disminución de quejas psicosomáticas (Salanova et al., 2000). El análisis del compromiso psicológico es considerado una perspectiva creciente que promueve la salud, caracterizado por un estado de completo bienestar físico, mental y social (Salanova y Llorens, 2008).

El ambiente laboral positivo favorece la existencia de un personal productivo, motivado, comprometido, leal y que trabaja en equipo. Se trata de una serie de factores que promueven el compromiso psicológico (Viejo et al., 2013).

Diferentes investigaciones recogen las consecuencias del compromiso psicológico, algunas de las cuales repercuten en los individuos y otras en la organización.

### **9.1. Consecuencias a nivel individual**

Así, Schaufeli y Salanova (2007) mencionan que algunas de las posibles consecuencias del compromiso psicológico incluyen actitudes positivas al trabajo, salud individual y conducta de pertenencia organizacional; cuando las personas más comprometidas con su trabajo son comparadas con las menos comprometidas, las primeras tienen más satisfacción con su trabajo, más responsabilidad con el mismo y tienen menos ganas de cambiar de trabajo (Christian y Slaughter, 2007; Schaufeli y Salanova, 2007).

Asimismo, las personas con más compromiso psicológico exhiben más iniciativa, conducta proactiva y motivación. Por su parte, el compromiso puede mediar la relación entre los recursos del trabajo y las conductas organizacionales positivas (Salanova y Schaufeli, 2005; Sonnentag, 2003). Wefald (2009) señala que estos factores son atributos que todas las organizaciones persiguen y fomentan en sus empleados. Además, la iniciativa y conducta

proactiva favorecen que el compromiso se mantenga a lo largo del tiempo (Beckers, van der Linden, Smulders, Kompier, van Veldhoven y van Yperen, 2004). Los altos niveles de compromiso psicológico promueven la baja rotación de personal, la rentabilidad, la productividad y la satisfacción del cliente (Harter, Schmidt y Keyes's, 2002). Otros componentes asociados los constituyen la capacidad de adaptación a las necesidades de los clientes internos o externos, la confianza y la cortesía con que se trata a los clientes, orientación hacia el cliente, espontaneidad, trabajo en equipo, empatía, prestación de un servicio fiable y voluntad de ayudar a los clientes.

Respecto al ámbito laboral pueden identificarse por conductas proactivas, iniciativa personal, altos niveles de motivación para aprender cosas nuevas, motivación para tomar nuevos retos en el trabajo, mayor lealtad y fidelización del cliente. En los estudiantes, el compromiso psicológico produce un mejor desempeño en las tareas académicas.

## **9.2. Consecuencias a nivel organizacional**

Las consecuencias se refieren a las actitudes hacia el trabajo y la organización, el desempeño en las tareas y la salud. En general, son empleados más satisfechos con el trabajo, se sienten más comprometidos y leales a la organización y tienen menos intenciones de cambiar de empresa (Demerouti et al., 2001; Salanova et al., 2000; Schaufeli y Bakker, 2004). Además, son personas que tienen conductas más proactivas e iniciativa personal, así como niveles más altos de motivación para aprender cosas nuevas y afrontar nuevos retos en el trabajo (Salanova, Carrero, Pinazo y Schaufeli, 2002).

Otra importante consecuencia del compromiso psicológico hace referencia a la extrapolación de emociones positivas desde el trabajo a la casa y viceversa, que se plasma en una mejor conciliación de la vida familiar y laboral (Salanova et al., 2000).

Entre los beneficios positivos para la organización cabe destacar que, a nivel individual, existe una disminución de las quejas relacionadas con el estrés y una reducción del absentismo, mayor socialización y adaptación a la organización, aumento de la motivación y satisfacción del empleado. También se evidencia una mejora del rendimiento, desempeño y aumento de la creatividad y la innovación en el trabajo.

A nivel interpersonal, se produce el incremento de emociones sociales positivas relacionadas con el trabajo que producen mejores relaciones con clientes y compañeros. A nivel organizacional se observa una reducción de las quejas derivadas del estrés laboral y aumenta la probabilidad de retener talentos en la propia organización, al tiempo que mejora la imagen corporativa (Bandura, 2001; Frierkson, 2002; Hobfoll, Johson, Ennis y Jackson, 2003).

La investigación sobre el compromiso psicológico en el trabajo también ha demostrado que la puesta en práctica de aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, clima laboral y salud de los trabajadores permite crear organizaciones saludables; los factores organizativos y el ambiente de trabajo afectan de manera significativa en el compromiso psicológico en el trabajo de los empleados. Estos hallazgos proporcionan información acerca de cómo promover el compromiso en el trabajo y resultados organizacionales positivos (Hakanen y Roodt, 2010). Los trabajadores expuestos a unas buenas condiciones de trabajo tienen la moral más alta, lo cual tiene una influencia positiva en el rendimiento y la productividad en el trabajo (Bakker y Bal, 2010; Halbesleben y Wheeler, 2008), así como en la productividad (Harter, Schmidt y Hayes, 2002). Por otro lado, se reducen los índices de accidentabilidad y la incidencia de enfermedades profesionales. Además, la rotación de trabajadores se reduce sustancialmente y, en último lugar, los índices de absentismo se reducen. A consecuencia de estos factores positivos, los resultados

financieros muestran mejores índices derivados de una reducción de los costes y un incremento de la rentabilidad (Harter et al., 2002; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2009).

Las buenas prácticas mediante el desarrollo del capital psicológico positivo son específicas para cada organización. Por ello, es fundamental realizar un diagnóstico que persiga conocer qué es positivo para los profesionales y para la organización y cómo implementar estas buenas prácticas. La literatura reseña la ausencia de programas de intervención psicosocial positiva a nivel organizacional e individual que incluya estos nuevos conceptos de organización saludable y su repercusión en el bienestar psicosocial en los profesionales de enfermería.

## **10. La Psicología Positiva en las profesiones de ayuda**

La relación entre la respuesta de estrés y los eventos que las personas deben afrontar ha sido motivo de diversas investigaciones; en el ámbito organizacional esta interacción se establece como un proceso del estrés asistencial, donde participan las condiciones ambientales y el potencial humano (Lambert y Paoline, 2008; Oginska-Bulik, 2006). La presencia de factores psicosociales implica la posibilidad de activar los estilos de afrontamiento, que se asumen o se evitan, cuando hay compromiso psicológico en el trabajo (Gil-Monte, 2003).

Los profesionales de enfermería viven en un estado continuo de cambios fisiológicos, psicológicos, laborales y sociales. La interacción de las demandas laborales con los recursos personales instaura el patrón de funcionamiento personal y profesional que sienta las bases para la vida profesional, fortaleciendo la capacidad de adaptación del profesional a un medio constantemente cambiante. Los profesionales de enfermería se enfrentan cotidianamente a situaciones adversas, amenazantes y en ocasiones, de vida o muerte. Estas condiciones

favorecen la vulnerabilidad psicológica y física. Dependiendo de la situación y del contexto laboral, la persona puede generar un repertorio de conductas de adaptación para superar dichas circunstancias y sobrellevar el trabajo, o bien expresar conductas desadaptativas que reflejan un desajuste psicosocial. Así, se considera el compromiso psicológico como una respuesta positiva ante situaciones adversas en el ámbito laboral a través de los niveles del bienestar psicosocial (físico, psicológico y social).

Gracia Navarro (2013) señala que es posible diseñar intervenciones en el marco de la psicología positiva tanto en contextos sanitarios como otros centros y que estas intervenciones pueden ayudar a fortalecer los recursos psicológicos, amortiguar el estrés y el impacto de una enfermedad a través del control y el bienestar de las personas. Siguiendo la misma línea, los estudios sobre intervenciones positivas que evalúan la eficacia en el ámbito de la Psicología Organizacional (Hernández-Vargas, Llorens y Rodríguez, 2014; Salanova, Llorens, Acosta y Torrente, 2013) apuestan por la implementación de estrategias de intervención para la promoción y cuidado de la salud de los profesionales sanitarios.

Thian, Kannusamy, He y Klainin-Yobas (2015) sugieren que las investigaciones futuras en el mismo ámbito organizacional deben proporcionar una visión completa de los fenómenos que reviertan en intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades de manejo del estrés y para mejorar la afectividad positiva y el fortalecer el compromiso en el trabajo de los profesionales de enfermería.

### **10.1. El compromiso psicológico en el profesional de enfermería**

El concepto, su mensuración y la intervención sobre el compromiso ha sido estudiado en diferentes sectores. Sin embargo, su estudio en el contexto sanitario es limitado (Hernández-Vargas et al., 2014; Keyko, 2014). En ese sentido, el estudio del compromiso

cobra más relevancia debido a que su presencia conlleva un mayor bienestar del profesional y un trato de calidad con el paciente (Liao, Toya, Lepak, y Hong, 2009).

La línea de investigación del concepto del compromiso psicológico en el ámbito organizacional encaja perfectamente en los profesionales de enfermería. Los factores clave de la investigación sobre el desempeño de los profesionales de enfermería incluyen intereses orientados a retener a las enfermeras para mitigar la escasez de personal, lo que reduce el gasto en salud por enfermedades y mejora la calidad en la atención de la salud (Germain y Cumming, 2010). Aunque muchos factores han sido identificados como predictores del rendimiento del personal de enfermería y la calidad de su servicio (Germain y Cumming, 2010), su relevancia es cada vez más reconocida por su vinculación a un desempeño laboral mejor, su impacto en el liderazgo eficiente y por el avance de conocimiento que supone en el estudio de la disciplina (Bargagliotti, 2012).

El compromiso psicológico en el trabajo puede ayudar a explicar con más detalle aquellos aspectos más significativos relacionados con la práctica de enfermería y el liderazgo. Una gran cantidad de publicaciones ha explorado la relación entre las prácticas de liderazgo y las características del entorno laboral de los profesionales de enfermería, los resultados organizativos y aspectos con el paciente (Aiken et al., 2014; Cowden, Cummings y Profetto-McGrath, 2011; Cummings, MacGregor, Davey, Lee, Wong, Lo, Muise y Stafford, 2010; Germain y Cummings, 2010; Needleman et al., 2011; Wong, Cummings y Ducharme, 2013). Recientemente se ha comenzado a examinar el proceso por el cual liderazgo y factores ambientales influyen positivamente en los pacientes (Wong et al., 2013). En esa línea, el compromiso de trabajo se ha identificado como un posible factor mediador (Giallonardo, Wong y Iwasiw, 2010; Laschinger, Grau, Finegan, y Wilk, 2012; Laschinger, Wilk, Cho y Greco, 2009; Sawatzky y Enns, 2012; Wong, Laschinger y Cummings, 2010) y estudios

previos han mostrado que el compromiso psicológico en el trabajo incrementa diferentes resultados saludables en el sector (Carmeli, Ben-Hador, Waldman y Rupp, 2009; Carrasco et al., 2010; Fröjd y Von Essen, 2006; Koch y Jones, 2010; Lee y Ko, 2010).

Keyko (2014), resalta la importancia del compromiso psicológico en la práctica de enfermería y en los sistemas sanitarios. Los profesionales de enfermería constituyen una parte significativa del personal de atención médica y son actores clave en el cumplimiento de las demandas laborales (Cummings, 2013; McHugh et al., 2012). Fasoli (2010) sugiere que el compromiso de trabajo en enfermería se está convirtiendo estratégicamente importante en los retos actuales de los sistemas de salud. La evidencia de que el compromiso psicológico en el trabajo se relaciona con los resultados organizacionales positivos en otras disciplinas implica la necesidad de la implementación de medidas que reviertan positivamente en los procesos laborales de los profesionales de enfermería y de la organización en la que trabajan.

El campo de la investigación sobre el compromiso de trabajo en enfermería está en expansión. En los últimos años, los académicos de enfermería y otros investigadores han comenzado a realizar investigaciones que exploran el compromiso psicológico en la práctica de esta disciplina. Sin embargo, como un nuevo campo de investigación que supone, aún cuenta con importantes lagunas en el conocimiento (keyko, 2014; Hernández-Vargas et al., 2014).

## **10.2. El proceso de pasión en el profesional de enfermería**

De acuerdo con Fernández y Yañez (2014), los profesionales de enfermería a pesar de la alta sobrecarga laboral, el difícil ambiente de trabajo y los escasos recursos asignados continúan trabajando con gran pasión y energía. Este fenómeno se explicaría a través del constructo del compromiso psicológico.

En este apartado se puede encontrar el nexo de unión con el compromiso psicológico en el trabajo, que consiste en cómo los trabajadores viven su trabajo en forma de una experiencia estimulante y enérgica que los motiva a querer realmente destinar tiempo y esfuerzo (vigor), como una actividad significativa y valiosa (dedicación) y como algo interesante y apasionante (absorción) (Bakker y Demerouti, 2008; Bakker, 2011; Bakker et al., 2011; Guic, Mora, Rey y Robles, 2006; Schaufeli et al., 2002).

La ilusión por el trabajo se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal (Gil-Monte et al., 2005). Cuando los profesionales se ilusionan por su trabajo emerge el compromiso psicológico y los resultados se vuelven positivos, incluso se llega a contagiar a los compañeros. De esa manera, cuando el profesional percibe que el trabajo es significativo, el ambiente de trabajo es seguro y los recursos personales están disponibles para el trabajador se favorece el compromiso psicológico personal. Por tanto, aquellos profesionales que desarrollan este tipo de estrategias se muestran realizados, alegres y optimistas pero, sobre todo, con una gran fortaleza para afrontar cualquier situación laboral (Fernández y Gallardo, 2014).

Esta razón explicaría que la enfermería sea tan importante en sus vidas, ya que pasa a ser más que un trabajo al traspasar la vida laboral y se convierte en motor motivador de sus relaciones humanas en todo ámbito y ambiente. Esto se relaciona con lo anteriormente expuesto (Kahn, 1990; Simpson, 2009), donde las personas con compromiso psicológico muestran una alta identificación personal con la tarea. Más específicamente, los profesionales de enfermería con compromiso psicológico, probablemente se motivan cuando se sienten útiles y valorados, cuando piensan que pueden dejar una impronta positiva en la vida de los usuarios y en sus relaciones con las personas de su entorno laboral. Estos resultados refuerzan lo expuesto por Kahn (1990) sobre la condición de plenitud psicológica del compromiso.

Lo anterior guarda una relación con el concepto de personalización del trabajo o *job crafting* (Wrzesniewski y Dutton, 2001), ya que estos profesionales moldean sus tareas del trabajo en relación a sus preferencias y habilidades. Según Wrzesniewski y Dutton (2001), la personalización se centra en aquellos procesos mediante los cuales los empleados cambian elementos de sus ocupaciones y las relaciones con el resto de las personas para modificar el significado de su trabajo y el ambiente social resultante. Este es un aspecto muy importante en la elevada motivación presente en los profesionales de enfermería ya que han llegado a adecuar su puesto de trabajo haciendo lo que más les gusta. Por tanto, la personalización tiene que ver con cambiar el trabajo para experimentar que se hace algo importante. Como consecuencia, los empleados pueden aumentar su capacidad de adaptación. Se trata de un aspecto muy importante en la motivación tan alta que presenta este grupo. En concreto, está relacionado con el *job crafting*, entendido como la capacidad del individuo de cambiar sus tareas y darle un nuevo significado a su labor (Fernández Merino y Yañez Gallardo, 2014). El *job crafting* es definido como los cambios físicos y cognitivos que los individuos incluyen dentro de una tarea o de los límites relacionales. Los cambios físicos hacen referencia a la alteración en la forma, alcance o número de las tareas, mientras que los cambios cognitivos se refieren a los cambios que implican cómo uno ve el trabajo (Bakker et al., 2011; Berg et al., 2010).

Siguiendo esta línea, un estudio realizado por Tims et al. (2013) halló que el rediseño de trabajo predecía el compromiso psicológico, que a su vez se relacionaba positivamente con el rendimiento laboral. Además, se relaciona con la dimensión de dedicación del compromiso psicológico (Bakker, 2011; Bakker et al., 2011; Guic et al., 2006; Schaufeli et al., 2002), dado que se experimenta gran sentido de significación y entusiasmo con la tarea, orgullo y reto, en este caso el ayudar a otro y el deseo de servir en sus necesidades de salud.

Como consecuencia, se ha encontrado que los profesionales de enfermería con compromiso psicológico dedican siempre el máximo esfuerzo en otorgar la mejor atención posible y mejorar las estrategias para la calidad de la atención, dejando parte de sí mismos en la labor, incluso en momentos adversos. Este resultado está estrechamente relacionado a la descripción de la dimensión vigor del constructo de compromiso psicológico (Bakker, 2011; Bakker et al., 2011; Schaufeli et al., 2002; Silva, Carena y Canuto, 2013).

Por otro lado, cuando el trabajador pierde su sentido profesional, comienza a no identificarse con la actividad del día a día y expresa sentimientos de no ser capaz de conseguir los objetivos. Esas creencias, están muy vinculadas al concepto del estrés asistencial. La Psicología Positiva, a través del compromiso psicológico, permite explorar la existencia del trabajador apasionado e ilusionado por lo que hace (Hernández-Vargas et al., 2014).

Potenciar desde la Psicología Positiva el mantenimiento de la pasión a través del significado y propósito en la vida puede suponer un factor de estabilidad en tiempos de cambio y transición y equilibrar los desajustes inevitables de la vida diaria y laboral. Las investigaciones indican que un sentido de significancia está asociado a una serie de medidas de funcionamiento psicológico saludable, incluyendo el disfrute de trabajo, satisfacción con la vida, la esperanza y la felicidad. Por el contrario, la falta de sentido de la vida se asocia con la enfermedad, la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias (Fernández y Yañez, 2014). Los mismos autores realizaron un estudio cualitativo sobre el compromiso en profesionales de enfermería. Concluyeron que los profesionales de enfermería son personas que poseen un gran sentido de ayuda que satisfacen a través del desempeño profesional, muestran conductas altamente motivadas y emociones positivas muy intensas durante el contacto con los usuarios. Este estudio aporta importante evidencia sobre la existencia del compromiso en la

enfermería y concluyen que estos profesionales conciben su profesión como algo significativo, como parte de su identidad y donde se valora el vínculo afectivo con los usuarios como estrategia principal.

Valle (2015) considera que, si bien el estrés es inherente al trabajo institucional y a las patologías complejas que se atienden, los profesionales y técnicos, en su mayoría se observan motivados y comprometidos con la tarea. Se planteó analizar la relación entre el sentido de vida y el estrés laboral atendiendo a las estrategias de afrontamiento más utilizadas, concluyendo que las personas que logran trabajar a favor de un mayor desarrollo del sentido de vida podrán contar con más recursos, habilidades, capacidades personales y existenciales para enfrentar las situaciones estresantes propias del trabajo institucional y de la atención de patologías complejas.

### **10.3. El bienestar psicosocial en el profesional de enfermería**

Fredrickson (2009) sostiene que el bienestar físico y mental favorece que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario. Además, un buen estado de salud física o mental no sólo consiste en carecer de enfermedades o trastornos sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007).

Eriksson y Lindström (2005) realizaron estudios con profesionales de la salud que evidenciaron cómo algunas personas enfermaban tras la exposición a factores estresantes en el trabajo, mientras que otros prosperaban. Los autores dedujeron que el bienestar psicosocial no dependía del número de conflictos sino de la forma en que se perciben y, sobre todo, el modo en que las personas lo afrontan.

En el ámbito de la gestión de la salud en el trabajo y las organizaciones, el paradigma tradicional se ha centrado en el lado negativo del estrés laboral y solo cubre la mitad del

espectro de la Psicología Organizacional. Por tanto, existe una necesidad creciente de una aproximación positiva, más novedosa y emergente que se centre en las fortalezas del empleado y del funcionamiento organizacional óptimo (Salanova, 2008b).

Las sociedades están cambiando rápidamente y con ellas también cambian las organizaciones. Estos cambios organizacionales, a su vez, impactan en los puestos de trabajo y por tanto también influyen en la seguridad, la salud y el bienestar de los empleados. Si no se gestionan bien estos cambios las organizaciones pueden sufrir una falta de efectividad y de adaptación al entorno (Salanova, 2008b).

Cuando se habla de psicología positiva también se habla de salud y prevención de la enfermedad mental y física. Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) las fortalezas de carácter como el optimismo, el sentido de autocontrol y la capacidad para encontrar significado en las experiencias de la vida se relacionan con una mejor salud mental, convirtiéndose en elementos protectores contra la adversidad y la enfermedad que facilitan la evaluación y afrontamiento de las dificultades de los sucesos vitales. Además, estas características tienen una relación con el aumento de la supervivencia en personas con una enfermedad crónica en situación de muerte (Taylor et al., 2000). No obstante, en la actualidad no quedan claros los mecanismos psicológicos interactivos entre las variables y su contribución al efecto sobre la salud y el bienestar. Entre las causas propuestas, se ha postulado que las experiencias positivas, el optimismo y las autoafirmaciones positivas son recursos para el afrontamiento de información negativa relacionada con la salud y facilita la ejecución de conductas preventivas de salud (Vázquez y Hervás, 2008).

La Psicología Positiva tiene como objetivo el estudio de la satisfacción vital, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo y otras variables psicológicas positivas, así como el desarrollo de recursos para su promoción (Seligman, 1999). Su aplicación en el ámbito

laboral se caracteriza por la búsqueda e implementación de aquellas soluciones que favorezcan la buena vida organizacional. Implementar intervenciones psicosociales positivas en las organizaciones es ampliar horizontes hacia territorios menos explorados como la pasión por el trabajo con sentido de vida, la gratitud en el trabajo y el desarrollo personal en el trabajo (Garcia-Alandete, 2014).

Carrasco González et al. (2010) plantearon que la gran mayoría de las investigaciones acerca del estrés y el desgaste profesional se han centrado en estudiar los factores que afectan a la salud y al bienestar laboral, y lo han hecho desde una perspectiva negativa que implica identificar enfermedades, síntomas, factores de riesgo, datos epidemiológicos y fuentes de malestar. Por otro lado, existe un número de investigaciones que emplean un enfoque más positivo encaminado a la identificación de factores protectores del bienestar profesional y personal del trabajador y a proporcionar una explicación acerca de la existencia de personas y organizaciones que gozan de una mayor energía positiva en relación con el trabajo (Blanch et al., 2010; Carrasco et al., 2010; Díez y Dolan, 2008). Estas observaciones animan a considerar la utilidad del concepto de compromiso psicológico en el trabajo tomado de la Psicología Positiva, que se refiere a altos niveles de energía y una fuerte identificación con el trabajo, como una herramienta fundamental para comprender estos constructos, potenciar la parte más óptima del bienestar psicosocial y complementarlos con el malestar psicosocial.

Garcia Sierra y Fernández Castro (2015) realizaron una revisión de la literatura sobre el compromiso psicológico de la profesión de enfermería para comprender mejor el constructo. Con esta exploración comprobaron la existencia de evidencias sobre la mejora en la calidad de la atención a través del compromiso psicológico que también tiene un impacto en los resultados de salud. El compromiso psicológico no está relacionado con un rasgo de la personalidad, pero es el resultado de la interacción entre factores de disposición, de

aprendizaje a lo largo de su vida profesional y de sus ambientes de trabajo. El compromiso psicológico es susceptible de modificación aunque depende de factores contextuales, como empoderamiento estructural, el apoyo social y de factores disposicionales como eficacia y optimismo. Por otro lado, las enfermeras supervisoras suponen un elemento clave para promover el compromiso en el trabajo.

Otra línea de investigación en relación con las variables asociadas al compromiso psicológico se ha centrado en el estudio del *recovery* o período de recuperación o descanso tras una intensa jornada laboral y en el contagio emocional fuera del trabajo. Respecto a la primera asociación, Sonnentag (2003), en un estudio en el que evaluó a 147 trabajadores durante cinco días consecutivos, concluyó que quienes manifestaban haberse recuperado tras un período de descanso (fin de semana o día libre) experimentaban mayores niveles de compromiso psicológico tras su reincorporación al trabajo. Diferentes estudios han confirmado que los empleados que generalizan emociones positivas desde el trabajo a casa y viceversa presentan niveles más altos de compromiso psicológico (Montgomery, Peeters, Schaufeli y Den Ouden, 2003).



## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN LA ORGANIZACIÓN SALUDABLE**



## **1. Factores psicosociales**

El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS, 1984) define los factores psicosociales en el trabajo como las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Todo ello, a través de percepciones y experiencias, pueden potenciar o afectar el bienestar, la calidad de vida, la salud del trabajador y al desarrollo del trabajo.

Con el paso del tiempo, se ha concedido más importancia a los factores psicosociales en la salud de los trabajadores. Su importancia ha ido creciendo pero, al mismo tiempo, el contenido es muy amplio, diverso y complejo y provoca ambigüedad e imprecisión. En la literatura se recogen tres formas de referir los factores psicosociales: factores psicosociales de riesgo, factores psicosociales de estrés y riesgos psicosociales. Son términos próximos entre ellos y están relacionados aunque sus diferencias son difusas. Tal vez la principal diferencia estriba en que los factores psicosociales de riesgo pueden afectar positiva o negativamente a la salud, mientras que los factores psicosociales de estrés afectan solamente de manera negativa.

Desde hace años organismos públicos como la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1986; 2001; 2002), señalan los factores psicosociales en el trabajo como condiciones que incluyen un potencial de riesgo psicosocial para la seguridad, la salud (física, psíquica o social) y el bienestar de las personas trabajadores. También la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) sostiene que las condiciones sociales y organizacionales de la actividad laboral son una fuente inagotable de enfermedades relacionadas con el trabajo, incluyendo algunas de las pertenecientes al ámbito específico de la salud mental. Las interacciones

pueden desencadenar procesos psicosociales que pueden perjudicar o favorecer el bienestar del trabajador, provocando respuestas de inadaptación, de tensión y respuestas psicofisiológicas de estrés. Los factores psicosociales, cuando son factores con elevada probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador, constituyen factores de riesgo (Benavides, Gimeno, Benach, Martínez, Jarque y Berra, 2002). Desde este enfoque, los factores psicosociales de riesgo o de estrés se definirían como factores organizacionales con el riesgo de reportar efectos negativos sobre la salud.

Al respecto, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene y en el Trabajo (INSHT, 2008) señala que la relación entre la organización del trabajo, los factores psicosociales y la salud no parece tan evidente como otros factores de riesgo (el ruido, por ejemplo) y la salud. Los efectos de la organización del trabajo son intangibles e inespecíficos y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas). Los factores de riesgo se presentan durante la interacción del individuo con el medio laboral, razón por la cual ningún trabajador estará exento de resultar afectado por ellos. Además, se encuentran otros factores como los genéticos, psicológicos, sociales y diferentes circunstancias que pueden afectar a la salud y bienestar (Fidalgo, 2008).

Los riesgos psicosociales son contextos laborales que habitualmente dañan a la salud del trabajador de forma importante, aunque en cada persona los efectos pueden ser diferentes. En este sentido, las situaciones o los contextos que se propongan como riesgos psicosociales laborales tienen que tener una sostenible probabilidad de dañar la salud física, social o mental del trabajador (OMS, 1990), como la violencia en el trabajo o el acoso laboral. Cabe destacar

entre las características de los riesgos psicosociales los siguientes aspectos: a) afectan a los derechos fundamentales de los trabajadores; b) tienen efectos globales sobre la salud del trabajador; c) afectan a la salud mental de los trabajadores; y d) tienen formas de cobertura legal. Aunque no hay consenso sobre cuáles son los principales riesgos psicosociales, se reconoce como importantes el estrés, la violencia, el acoso laboral, acoso sexual, inseguridad contractual, el estrés asistencial o desgaste profesional, conflicto trabajo-familia y el trabajo emocional.

Para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2008), los factores psicosociales, del entorno o del individuo comprenden aquellos aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del empleado, los cuales, en una interrelación dinámica, generan percepciones y experiencias, que influyen negativamente en la salud y en el desempeño de las personas. Por otro lado, considera que existen factores protectores que promueven la salud y el bienestar en el trabajo.

La preocupación por el estudio de estos riesgos psicosociales en el entorno laboral surge fundamentalmente por la alta relación encontrada entre los factores psicosociales y la enfermedad (Martín, Luceño, Jaén y Rubio, 2007).

Toro, Londoño, Sanín y Valencia (2010) definen los factores psicosociales ocupacionales como cualquier condición presente en el trabajo, de carácter tecnológico, organizacional, social, económico o personal, con la que se relaciona un individuo y que puede afectar positiva o negativamente la salud, el bienestar, el desempeño o el desarrollo personal o colectivo. De esa manera, el factor protector psicosocial se presenta cuando dicha condición minimiza o elimina un riesgo y, además, afecta positivamente las dimensiones antes descritas.

La actividad laboral que desempeña el sujeto y el contexto laboral donde interactúan diversos factores psicosociales como la gestión del trabajo, aspectos organizacionales, ambientales o del individuo, pueden afectar potencialmente el bienestar y la salud de los trabajadores (Charría, Sarsosa y Arenas, 2011; Contreras; Barbosa, Juárez, Uribe y Mejia, 2009; INSHT, 2004; Villalobos, 2005).

Los componentes que integran el fenómeno de los factores psicosociales en el trabajo se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: 1) características individuales biológicas y demográficas como edad y género; 2) características individuales, que comprende los factores disposicionales de personalidad, creencias, etc.; 3) un componente que implica efectos psicológicos derivados de la interacción trabajador-contexto. Es una alteración temprana de la salud y que puede tener un carácter negativo o positivo (eustress o distress); y 4) la percepción de las condiciones generales de trabajo, que incluye las características y contenido de la actividad laboral, su organización, sus exigencias y su estructura.

El análisis de los factores psicosociales permite realizar un diagnóstico de la situación real del perfil psicosocial del trabajador en la organización en diferentes áreas propias de la profesión de ayuda humana. Los factores psicosociales son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras. Los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral del individuo. En el primer caso, contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar (Gil-Monte, 2007, 2009; Sauter et al., 2009). La presencia de factores psicosociales implica la posibilidad de activar estilos de afrontamiento que se

asumen o se evitan cuando hay compromiso psicológico en el trabajo (Gil-Monte, 2003). Se considera que aquellos estilos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema son factores protectores (Baron et al., 1986).

En relación al apartado anterior, los estresores psicosociales no afectan por igual a todas las personas ni a todos los grupos. Hay trabajadores sometidos a altos niveles de estrés asistencial que experimentan niveles de agotamiento y a pesar de ello manifiestan una sensación de energía y conexión con su trabajo aunque se enfrentan a exigencias laborales estresantes (Bakker y Leiter, 2010). Las personas además de percibir de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, también utilizan diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales, para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes (Aragón et al., 2008; Cockerhman, 2001; Lazarus y Folkman, 1986; Noboa, 2007; Sandín, 1999; Slipak, 1996; Turner y Marino, 1994). El afrontamiento constituye un recurso personal esencial que emplea el individuo en el proceso de adaptación al estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1999).

En los factores psicosociales asociados al proceso salud-enfermedad suelen distinguirse dos vertientes; una de ellas se orienta hacia el polo negativo, es decir, hacia la patología, abordando aquellos mecanismos que permiten el ajuste y adaptación del sujeto a estos estados. La otra vertiente del proceso de la salud en términos positivos, remite a lo que se ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica, concepto acuñado por Aaron Antonovsky en la década de los ochenta, o también conocida como Psicología Positiva y que para muchos supone un nuevo paradigma (Antonovsky, 1987; Astudillo et al., 2009; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Los principales factores psicosociales en el personal de enfermería se pueden clasificar en dos categorías: la relación y contacto directo con el paciente y los factores

administrativos y organizacionales. Las fuentes de estrés asistencial de tipo organizacional que más se destacan son: la inestabilidad laboral, la sobrecarga laboral, el escaso apoyo social, la comunicación deficiente, los continuos cambios en el entorno laboral, la excesiva responsabilidad en el trabajo, los conflictos con los demás miembros y los factores relativos a las demandas emocionales excesivas de los pacientes y familiares (Cruz et al., 2006).

En las profesiones de ayuda, los factores psicosociales son amplios y complejos: el contacto directo con el sufrimiento y la cercanía con la muerte, así como el hecho de sentirse responsables de vidas ajenas. Las relaciones interpersonales en el entorno de la salud constituyen también un factor de riesgo psicosocial destacable, así como la incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento, las posibilidades de ser demandado por mala práctica y el tener que transmitir malas noticias. Otros factores psicosociales son: la sobrecarga por el número de pacientes a atender o no contar con los recursos necesarios, la gran variedad de tareas, los turnos, la organización o los factores extralaborales. Los ambientes de trabajo saludables y la salud de los trabajadores son condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento óptimo de las organizaciones.

### **1.1. Factores psicosociales desde la Psicología Positiva**

Tradicionalmente, las investigaciones que se han centrado en estudiar los factores que afectan a la salud y al bienestar laboral han seguido una perspectiva negativa, intentando identificar enfermedades, factores de riesgo, datos epidemiológicos, niveles de malestar tales como ansiedad, estrés laboral, etc. Los esfuerzos para promover la salud laboral se han enfocado hacia la perspectiva de enfermedad, enmarcada dentro de las categorías de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y problemas de salud que surgen por la exposición a riesgos ambientales, como el ruido o tóxicos (López Mena y Campos, 2002).

También se encuentran investigaciones que evidencian cómo algunos factores psicosociales reportan importantes predictores del compromiso psicológico en el trabajo. Por ejemplo, se ha encontrado que el compromiso psicológico se correlaciona positivamente con los recursos que facilitan la realización del trabajo, específicamente con aquellos que tienen la capacidad de reducir las demandas laborales y favorecen el cumplimiento funcional de logros, permitiendo así el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo profesional. También se ha asociado positivamente al apoyo social brindado por parte de compañeros y superiores, particularmente ante la presencia de retroalimentación positiva del desempeño, asesoría, control sobre el trabajo, variedad en la tarea y oportunidades de entrenamiento y aprendizaje (Shimazu y Schaufeli, 2009; Xanthopoulou et al., 2009).

Este cambio es debido al auge de la Psicología Positiva en los últimos años, es decir, la existencia de una nueva concepción que traslada el foco de atención desde las debilidades y disfunciones a las fortalezas y el funcionamiento óptimo (García-Renedo et al., 2006; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). La Psicología Organizacional Positiva difiere de las perspectivas tradicionales de investigación sobre la salud organizacional basadas esencialmente en la evitación del estrés laboral, con el fin de afrontar con éxito las demandas emergentes en la sociedad moderna (Salanova, 2008b). Su objetivo es comprender los factores que determinan y definen el bienestar de los empleados y de las organizaciones. El bienestar es comprendido como una variable en sí misma y se está comenzando a medir y evaluar constructos con connotaciones positivas, como es el caso del compromiso psicológico (engagement).

El modelo proporcionado desde la Psicología Organizacional Positiva de demandas y recursos laborales, de Bakker y Demerouti (2007), consiste en dotar a las diferentes áreas de recursos laborales que facilitan un clima de trabajo saludable y productivo. De modo paralelo, se incrementa el nivel de compromiso psicológico de los participantes en el

proyecto mediante el desarrollo de sus recursos personales. La mejora del nivel de compromiso psicológico repercute positivamente en el desempeño y en la mejora de los indicadores de calidad en el desempeño laboral.

La revisión bibliográfica señala la existencia de investigaciones dirigidas al estudio de los factores psicosociales y la ausencia de estudios centrados en factores protectores. A partir de esta idea, se consideran aquellos factores positivos y recursos personales como inhibidores del estrés asistencial expresados a través de los niveles del compromiso psicológico y de la salud psicosocial; los recursos que protegen y benefician la salud involucran procesos que interactúan entre el ambiente laboral, social y del individuo. Este fenómeno conduce a preguntar cuáles son los recursos que poseen las personas en su ambiente laboral para conservar su salud frente a situaciones de estrés. Por este motivo, es necesario considerar desde el punto de vista de los profesionales de enfermería que trabajan en servicios especiales y de hospitalización, cuáles son los factores psicosociales percibidos como protectores de la salud en el ambiente de trabajo frente a situaciones de estrés y favorecen el desarrollo laboral.

Los factores protectores se definen como aquellas características personales o elementos del ambiente y la percepción que se tiene sobre ellos, que son capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés tiene sobre la salud y el bienestar (Moos y Holahan, 2003).

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, 1999), reconoce como factores protectores en el trabajo las políticas explícitas de reconocimiento por un trabajo bien hecho, políticas de producción y de administración de recursos humanos que generan oportunidades de desarrollo de carrera, cultura organizacional que valore al trabajador como individuo y una administración cuyas acciones y decisiones sean coherentes con la declaración de valores organizacionales.

De acuerdo con Arenas y Andrade (2012), algunas investigaciones evidencian que distintos factores psicosociales se asocian a importantes predictores del compromiso psicológico en el trabajo. Por ejemplo, el compromiso psicológico se correlaciona positivamente con los recursos que facilitan la realización del trabajo, específicamente con aquellos que tienen la capacidad de reducir las demandas laborales y permiten el cumplimiento funcional de logros, permitiendo crecimiento personal, aprendizaje y desarrollo profesional (Liébana, 2011; Salanova, Augut y Peiró, 2005; Salanova y Schaufeli, 2008; Shimazu y Schaufeli, 2009; Xanthopoulou et al., 2009).

La revisión bibliográfica recoge diferentes estudios que sugieren la necesidad de desarrollar, desde la psicología organizacional positiva, un programa de intervención que permita estructurar tanto las condiciones del trabajo como los recursos laborales que tienen las personas (Polo-Vargas, Palacio, De Castro, Mebarak y Velilla, 2013).

## **2. Sistema de evaluación de factores psicosociales**

Con la selección de diferentes metodologías se intenta reflejar dos tendencias necesarias y mutuamente complementarias en la actual investigación-intervención psicológica. Por un lado, realizar un inventario de factores psicosociales, que están implícitamente asociados la psicología clínica de la salud (psicopatología y psiquiatría) (Gil-Monte y Moreno Jiménez, 2007). Por otro, la evaluación de consecuencias positivas del compromiso psicológico (engagement) y promocionar aquellos aspectos saludables percibidos por el trabajador sano dentro de una organización saludable (Salanova, 2009; Salanova y Schaufeli, 2009), además del funcionamiento óptimo de las personas en las organizaciones, a partir de la psicología de la Salud Organizacional Positiva (Snyder y López, 2002).

Pese a carecer de una normativa específica en materia de evaluación de riesgos psicosociales se disponen de diferentes metodologías (Artazcoz, 2001; De Arquer, 1997; Guàrdia, 2008; Moreno y Baez, 2010; Oncins y Almodóvar, 1997). La evaluación de los factores psicosociales es un proceso complejo que conlleva un conjunto de actuaciones o etapas sucesivas interrelacionadas. En general, se pueden distinguir las siguientes fases: 1) identificación de los factores de riesgo, 2) elección de la metodología y técnicas de investigación que se han de aplicar, 3) planificación y realización del trabajo de campo, 4.) análisis de los resultados y elaboración de un informe, 5) elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención y 6) seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Las tres primeras fases constituyen la etapa de análisis de los factores de riesgo psicosocial o dimensión cognitiva de la evaluación. Si a esta etapa se le une la fase de análisis de los resultados se accede a la dimensión evaluativa; las conclusiones del estudio deben incluir necesariamente un juicio de valor y una definición de las prioridades de intervención. Por último, el conjunto de todas las fases, considerando también las de intervención y control, se incluye en el concepto de gestión de los factores psicosociales de riesgos.

En la primera fase, identificación de los factores psicosociales de riesgo, es necesario definir de la forma más precisa y menos ambigua posible el problema o problemas y sus diferentes aspectos o facetas. Como en toda evaluación de factores psicosociales de riesgos, hay que tener presente que los diferentes aspectos del trabajo interactúan entre sí y que es necesario afrontar el tema o temas de estudio conociendo sus implicaciones o relaciones con el resto de los factores intervinientes. Es importante tener en cuenta que deben incluirse las características de los diferentes puestos de trabajo e información sobre los factores que pueden moderar o influir en las consecuencias de estos para considerar las distintas variables que pueden estar interviniendo en una determinada situación psicosocial.

Una vez delimitado el conjunto de factores psicosociales en los que se va a centrar el estudio, y a partir de los datos reunidos anteriormente, se debe precisar qué sector, departamento o puestos de trabajo, entre otros, se van a analizar. De esta manera, es posible determinar el colectivo de trabajadores y puestos de trabajo que serán objeto de la evaluación psicosocial. Dicha evaluación permitirá realizar un diagnóstico de la situación (Moreno y Baez, 2010).

### **3. Instrumentos de evaluación de aspectos psicosociales**

En los últimos años ha aumentado el interés sobre los factores psicosociales de riesgos en España. Las organizaciones han respondido al reto tratando de elaborar instrumentos y sistemas que sirvan para prevenir, identificar, controlar y planificar los riesgos de naturaleza psicosocial.

En España se dispone de una pluralidad de instrumentos, principalmente de tipo cuestionario, dirigidos a evaluar los riesgos psicosociales en las organizaciones. Los más conocidos y extendidos han sido elaborados por Universidades públicas, por organismos nacionales o autonómicos, por organizaciones sindicales o por Mutuas de Trabajo.

A nivel nacional, actualmente los métodos de evaluación de riesgos psicosociales de mayor uso por su aplicabilidad, uso, sencillez y eficacia.

A continuación se describen las propiedades, sus características psicométricas, sus valores de referencia en términos de validez y de fiabilidad y, finalmente, un breve comentario a propósito de sus ventajas e inconvenientes siempre desde un punto de vista aplicado (Guàrdia, 2008, Moreno y Baez, 2010).

### **3.1. Metodología nacional**

#### **3.1.1. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales, Identificación de Situaciones de Riesgo del Instituto Navarro de Salud Laboral.**

El Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales es un instrumento que puede ser una herramienta a considerar cuando se desee efectuar lo que se llama una prueba de “screening” (prueba rápida como una especie de “foto” de la situación).

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales, Identificación de Situaciones de Riesgo del Instituto Navarro de Salud Laboral. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/insl>
- Autor. Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL).
- Población a la que se dirige. Total de trabajadores de la entidad, especialmente en el caso de empresas pequeñas. Se recomienda en el manual de administración el muestreo en las grandes entidades.
- Estructura del Instrumento de Medida. Se trata de un cuestionario convencional, estructurado de forma multifactorial en los siguientes factores de medición: participación, implicación y responsabilidad; formación, información y comunicación; gestión del tiempo y cohesión de grupo.
- Medidas que aporta. Se obtiene una puntuación, en cuatro niveles de riesgo, para cada uno de los factores descritos que identifican la situación de grupos de trabajadores en riesgo.

- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. El cuestionario aquí valorado se ha generado a partir de la Teoría Clásica de los Test con norma de baremación de grupo.
- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. Existen diversos estudios a propósito de la validez y fiabilidad de este cuestionario, todos ellos confirman la estructura multifactorial del cuestionario y ofrece valores de Alfa de Cronbach (fiabilidad) elevados. Su uso está garantizado desde el punto de vista psicométrico.
- Otras referencias de interés: Lahera (2006).
- Ventajas. Se trata de un instrumento muy sencillo, fácil de administrar y sin especiales peculiaridades. Requiere poco tiempo, pocas instrucciones y puede ser de administración colectiva.
- Inconvenientes. Está excesivamente centrado en el trabajador y existen factores y aspectos propios de la empresa que no se consideran. Hacen falta más estudios que confirmen la validez discriminante del cuestionario, puesto que solo existen datos sobre validez de contenido.

### **3.1.2. INERMAP del Instituto de Ergonomía de Mapfre.**

A continuación se detallan las características del cuestionario:

- Método. INERMAP del Instituto de Ergonomía de Mapfre. Disponible en [www.inermap.com](http://www.inermap.com)
- Autor. Gracia Camón (2003).

- Población a la que se dirige. Se trata de un procedimiento doble (observación directa o cuestionario) que se aplica a diversos sectores de actividad (educación, sanidad, industria, etc.). Cada uno de estos sectores dispone de un instrumento y estrategia específico.
- Estructura del Instrumento de Medida. Se trata de un sistema multifactorial y además multimétodo, de forma que se puede optar por diversos aspectos a considerar. Desde la observación directa del técnico hasta la administración de cuestionarios.
- Medidas que aporta. Depende del ámbito de aplicación (educación, sanidad, etc.), en general se ofrece una puntuación que se categoriza en cuatro niveles de riesgo asociado a cada factor medido. Se mide, en general: *Distribución y diseño*, proxemia ambiental, diseño ergonómico, factores físicos ambientales, diseño de la comunicación, diseño ambiental; *Comunicación*: calidad de la comunicación, participación, feedback, formación, diseño de la comunicación; *Liderazgo*: autonomía, estilo, feedback, participación; *Carga Mental*: contenido de la tarea, atención, cambios tecnológicos, presión de tiempo, percepción del riesgo, percepción del trabajo, definición de rol, autonomía, Turno, efecto del turno horario, satisfacción social, feedback; *Satisfacción social*: percepción del trabajo.
- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Se trata de un instrumento generado por validez de contenido directo. El manual de uso no ofrece datos concluyentes sobre el modelo psicométrico implicado en la construcción de la prueba.
- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. No se ofrecen estudios científicos a propósito de los valores de fiabilidad y validez. No se reportan datos acerca validez de constructo ni de contenido.
- Otras referencias de interés. Gracia Camón (2006).

- Ventajas. Se trata de un método simple, fácil de aplicar, claro y sin especiales complicaciones. La incorporación de un registro por parte del técnico permite una aproximación más creativa que en otros casos.
- Inconvenientes. No se dan las condiciones mínimas de rigor psicométrico propias de una escala de medida integral.

Este último punto pone en cuestión el uso de la batería de medida y, por tanto, en el caso de que se opte por ella deberá tenerse en cuenta que los datos difícilmente tendrán cierta validez ecológica.

Esta metodología da importancia al hecho de que aunque exista una estructura común, los riesgos psicosociales varían según la actividad, por lo que han desarrollado diferentes versiones para la evaluación de los mismos (Moreno y Baez, 2010):

- EDUMAP dirigida a la evaluación de riesgos psicosociales en el sector educativo.
- OFIMAP para la evaluación en trabajos administrativos o de oficina. Cuenta con las modalidades OFIMAP banca y OFIMAP comercial.
- PSICOMAP diseñado para la industria.
- TELEMAP para el trabajo de teleoperadores.
- SANIMAP para el sector sanitario.
- PSYCOPYME para empresas con menor envergadura.

Además es posible la adaptación de la metodología a las características de la empresa.

### **3.1.3. Método de Evaluación de Factores Psicosociales FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.**

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. Método oficial de Evaluación de Factores Psicosociales FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en <http://www.insht.es/portal/site/Insht/fpsico>
- Autor. Martín Daza y Pérez (1997). Centro Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo.
- Población a la que se dirige. Tiene como objetivo la obtención de información, a partir de las percepciones de los trabajadores sobre distintos aspectos de su trabajo, para valorar las condiciones psicosociales de la empresa organizaciones y la identificación de riesgos. Es también una lista de chequeo de la organización, con un formato de preguntas con respuestas tipo escala de 3 a 5 rangos en función de la misma, siendo el polo más bajo la menor intensidad o ausencia y el polo más alto la mayor intensidad o presencia del aspecto medido.
- Estructura del Instrumento de Medida. La presentación de los resultados agrupa las respuestas a los ítems (preguntas) del cuestionario en tres rangos: situación satisfactoria, intermedia y nociva. El cuestionario del método de factores psicosociales está compuesto por 75 preguntas que evalúa la percepción de los trabajadores sobre las condiciones de trabajo de la empresa, con la que se obtiene información acerca de 7 factores, cada uno de los cuales es evaluado en una escala de puntuación de rango entre 0 y 10.
- Medidas que aporta. En general ofrece valores de factores generales como los siguientes: Carga Mental, Autonomía Temporal, Contenido del trabajo, Supervisión-Participación, Definición de Rol, Interés por el Trabajador, Relaciones personales.

- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Esta construido a partir de los preceptos de la Teoría Clásica de los Test y se ha aplicado una baremación de norma de grupo.
- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. Los datos que se conocen de los estudios del Propio INSHT presentan datos de validez y fiabilidad (Cronbach) elevados y consistentes. Sin embargo, en la literatura científica externa al INSHT no se ofrecen apenas datos sobre validez de contenido, validez de constructo o discriminabilidad.
- Fundamentación teórica: se apoya en general en teorías de estrés, motivación y satisfacción.
- Otras referencias de interés. Ferrer, Guílera y Però (2011); Meseguer, Soler, García-izquierdo, Sáez y Sánchez (2007) y Nogareda (2006).
- Ventajas. Se trata de una aproximación completa y exhaustiva para un sistema de evaluación integral de riesgos psicosociales. Existe una versión reciente que reduce el número de ítems y aligera los procedimientos de administración. Un aspecto que cabe considerar es la posibilidad de disponer de una batería exhaustiva como es esta sin la complejidad de otros procedimientos que son considerablemente más complejos y largos.
- Inconvenientes. Existen muy pocos estudios sobre los aspectos más psicométricos de la batería y no se reportan muchos datos acerca de su validez de contenido, ni de constructo ni discriminabilidad.

El método FPSICO puede ser una de las más dúctiles posibilidades de medición sencilla de los factores de riesgo psicosocial. Si se mejora la estructura factorial, se efectúan los correspondientes análisis factoriales confirmatorios y se garantiza la validez de constructo, la sencillez del procedimiento lo hacen especialmente recomendable.

### **3.1.4. Batería de Evaluación de Riesgos Psicosociales para las PYMES de MC-Mutual y Universitat de Barcelona (MC-UB).**

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. Batería de Evaluación de Riesgos Psicosociales para las PYMES de MC-Mutual y Universitat de Barcelona (MC-UB). Disponible en <http://www.mc-mutual.com/extranet/home.do>
- Población a la que se dirige. Medianas y pequeñas empresas, es el único procedimiento que está planteado desde el inicio para evaluar organizaciones y su diseño se ajusta a esa estrategia. En el caso de querer aplicarlo a empresas grandes debe ser efectuado por centros o por unidades de muestreo más pequeñas.
- Estructura del Instrumento de Medida. Se trata de un proceso de triangulación en la que se maneja un *check-list* del técnico de prevención, una entrevista estructurada a los mandos directivos y un cuestionario estandarizado para los trabajadores. De cada fuente informativa se extrae una serie de información sistemática que combinada ofrece un diagnóstico de diversas áreas de evaluación de riesgos.
- Medidas que aporta. Ofrece una puntuación para cada uno de los siguientes factores: Organización del tiempo de trabajo, Comunicación, Formación y desarrollo, Efectos sociales y de grupo, Participación, Contenido del trabajo, Exigencias de la tarea y del entorno de trabajo.
- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Es el único instrumento que se ha generado mediante Test Referido al Criterio, es decir, se han fijado estándares de riesgo y a partir de ese valor se ha escalado y ordenado las puntuaciones de

cada factor. Complementariamente se ofrecen valores de referencia vía intervalos de confianza para obtener una evaluación más dúctil y menos sujeta a la norma de grupo habitual.

- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. Los estudios reportan una alta fiabilidad en términos de consistencia interna (Cronbach), una muy alta validez de contenido y de constructo y existen aún muy pocos datos sobre discriminabilidad y validez ecológica, a pesar de que para esta última los datos preliminares son también muy elevados.

- Ventajas. Se trata de una batería muy simple de administrar, con unas instrucciones sencillas y con muy poca interferencia en la empresa evaluada. El sistema de presentación de resultados es muy gráfico a la vez que extenso y al igual que en otras baterías, se incorpora una serie de recomendaciones de actividades asociadas a los resultados. Además es el único que presenta sistemas internos de control del sesgo que pueda atribuirse “deseabilidad social” o al factor habitual de “sinceridad”.

- Inconvenientes. Es el más reciente de los procedimientos aparecidos y, por tanto, debe de estarse pendiente de los sucesivos estudios de confirmación de validez y fiabilidad. Sin embargo, los ya disponibles garantizan el uso de la batería.

Al igual que en el método FPSICO, las propiedades tanto aplicadas como psicométricas la hacen especialmente adecuada para una evaluación exhaustiva, ajustada y poco interferidora de la normalidad de la entidad evaluada. Es muy recomendable por su practicidad y adaptación a las PYMES.

### **3.1.5. Batería de Factores Psicosociales de Salud Laboral de la Universitat de València.**

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. Batería de Factores Psicosociales de Salud Laboral de la Universitat de València.

Disponible en <http://www.uv.es/~meliajl/Segur/FPSL.htm>

- Autor. Meliá (2003). Universidad de Valencia.

- Población a la que se dirige. Es un conjunto estructurado de instrumentos para evaluar la salud en factores psicosociales en empresas. Puede ser utilizada por toda clase de organizaciones, incluyendo las empresas privadas o públicas y en todos los sectores productivos, la administración pública, las organizaciones de salud o enseñanza, entre otras muchas (ONG's, etc.).

- Estructura del Instrumento de Medida. Se trata de un cuestionario de estructura multifactorial que aporta una puntuación para cada uno de los factores o constructos definidos.

- Medidas que aporta. Aporta una puntuación para los siguientes factores: *Aspectos descriptivos de la persona, el puesto y la organización; Indicadores de accidentes; Indicadores de Estrés en el Trabajo:* Indicadores de Salud Psicológica General, Indicadores de la Tensión y Ansiedad experimentada asociada con el trabajo, Indicadores de Conflicto de Rol, Indicadores de Ambigüedad de Rol, Indicadores de Sobrecarga de Rol; *Indicadores de Satisfacción Laboral:* Satisfacción Intrínseca del trabajo, Satisfacción con las Condiciones de trabajo, Satisfacción con las Prestaciones recibidas, Satisfacción con la Supervisión, Satisfacción con la Participación, Otros factores de la Satisfacción Laboral; *Indicadores de*

*Disfunciones relativas a la Calidad, Productividad y Supervisión:* Disfunciones relacionadas con la Calidad Disfunciones relacionadas con la Productividad, Disfunciones relacionadas con la Supervisión; *Indicadores de Disfunciones Psicosociales:* Disfunción Social Severa de Acoso, acoso laboral, Disfunciones de Alienación en el Trabajo, (Síndrome del "Quemado" "estar quemado" o Burnout), Propensión al Abandono de la Organización.

- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Se trata de un cuestionario basado en la teoría Clásica de los Test con baremación de norma de grupo.
- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. Los trabajos publicados muestran evidencia empírica suficiente para que se garantice una alta fiabilidad en términos de consistencia interna (Cronbach) y validez de contenido y de constructo. En este último caso existe mucha evidencia en torno al Análisis Factorial Confirmatorio que avala la estructura multifactorial.
- Otras referencias de interés. Meliá (2004a; 2004b; 2006).
- Ventajas. Se trata de una única herramienta simple de administrar, rápida y que interfiere poco en la entidad evaluada. Su corrección es rápida y el proceso de evaluación es breve.
- Inconvenientes. Se centra en los trabajadores y no contempla algunos aspectos claves de la entidad evaluada. Por si solo da una versión parcial de estado de la entidad.

Este instrumento puede ser algo complejo si se administra de forma única, mientras que puede ser una opción a considerar si se trata de construir una batería de medidas ajustadas a una entidad. Puede consultarse la batería VALENCIA PREVACC 2003 que incluye en sus planteamientos una parte dedicada a la evaluación de los riesgos psicosociales (<http://www.uv.es/~meliajl/Segur/Prevacc.htm>). Del mismo modo, puede analizarse la propuesta de la Metodología “Prevenlab-Psicosocial” de la misma Universitat de València

que ofrece un modelo interesante de aproximación al mismo tema (<http://www.uv.es/uiipot/laboratorio.htm>).

### **3.1.6. DECORE: Cuestionario multidimensional para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral de la Universidad Complutense de Madrid.**

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. DECORE. Cuestionario multidimensional para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral de la Universidad Complutense de Madrid.
- Autor. Luceño (2005); Luceño, Martín, Tobal y Jaén (2005). Universidad Complutense de Madrid.
- Población a la que se dirige. Identifica y mide la percepción que tienen los trabajadores sobre algunos factores o riesgos psicosociales del entorno laboral que la investigación ha relacionado directamente con estrés y otros trastornos. Su objetivo último es identificar estos riesgos psicosociales para determinar cómo intervenir sobre ellos, o cómo dirigir campañas de prevención.
- Estructura del Instrumento de Medida. Se trata de un cuestionario multifactorial que ofrece información de los siguientes factores: Recompensas, Apoyo organizacional, Demandas Cognitivas, Control.
- Medidas que aporta. Una puntuación factorial para cada uno de los constructos definidos. Se estructura en cuatro categorías de gravedad que indica el riesgo por factor.

- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Se ha elaborado mediante norma de grupo a partir de la Teoría Clásica de los Test y se ha baremado en función de algunas variables de clasificación (como el género de los trabajadores).
- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. Se reportan suficientes evidencias para la constatación de fiabilidad, validez de contenido y de constructo. En este caso se aportan además datos de validez de criterio que no es habitual.
- Otras referencias de interés: Luceño, Martín, Jaén y Díaz (2006); Martín, Luceño, Jaén y Rubio (2007).
- Ventajas. Como en el caso anterior, se trata de una única herramienta simple de administrar, rápida y que interfiere poco en la entidad evaluada. Su corrección es rápida y el proceso de evaluación es breve.
- Inconvenientes. Análogamente, se centra en los trabajadores y no contempla algunos aspectos claves de la entidad evaluada. Por si solo da una versión parcial de estado de la entidad.

La utilización de ésta metodología puede ser algo complejo si se administra de forma única, mientras que puede ser una opción a considerar si se trata de construir una batería de medidas ajustadas a una entidad.

Seguidamente se describe las características de la metodología que ha vertebrado la elaboración del Inventario de Factores Psicosociales en la Organización Saludable: la metodología ISTAS-21 y la metodología RED-WONT.

Se procede a definir sus propiedades, sus características psicométricas, sus valores de referencia en términos de validez y de fiabilidad y, finalmente, un breve comentario a

propósito de sus ventajas e inconvenientes siempre desde un punto de vista aplicado (Guàrdia, 2008; Lara, 2013; Moreno y Baez, 2010).

### **3.1.7. Metodología WRQoWL.**

La Work-Related Quality of Life scale (WRQoWL) (Van Laar et al., 2007; Edwards et al., 2009), consta de 24 ítems tipo Likert agrupados en 6 factores (integrados en un modelo teórico de Quality of Eorking Life): satisfacción con el empleo y con la carrera, condiciones de trabajo, bienestar general, conciliación trabajo-hogar, estrés laboral y control en el trabajo. Entre los campos abarcados, en concreto, por la escala de bienestar general figuran los estados de ánimo, depresión, ansiedad, satisfacción vital, calidad de vida general, optimismo y felicidad. De la investigación acumulada a partir del uso de este instrumento básicamente en el entorno británico, se dispone de datos correspondientes a grupos normativos para diversos grupos ocupacionales y para la población ocupada en general.

### **3.1.8. Metodología QVILA.**

La metodología QVILA es un instrumento diseñado para evaluar la Calidad de vida laboral en organizaciones de servicios a personas, atendiendo la dimensión psicosocial, subjetiva y percibida de las condiciones de trabajo e integrado en un mismo proceso de estrés laboral vivido por trabajadores individuales, sus fuentes ambientales percibidas, el clima sociolaboral y el grado de bien y malestar experimentados en tales circunstancias. Encontramos información sobre las propiedades psicométricas en Condiciones de Trabajo (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010) y en Bienestar Laboral General (Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes, 2012).

En conjunto, la herramienta incluye 135 ítems, organizados en dos bloques. El primero de ellos incluye tres pares de escalas agrupadas de acuerdo con un modelo teórico según el cual las condiciones de trabajo se configuran en torno a una triple relación de la organización con el método (escalas de Regulación y de Desarrollo), con el entorno (escalas de Ambiente Material y Social), y con la persona (escalas de Ajuste Organización-Persona y de Adaptación Persona-Organización). El segundo corresponde a un modelo teórico según el cual el Bienestar Laboral General incluye una dimensión de bienestar psicosocial integrada por los factores afectos, competencias y expectativas y otra de efectos colaterales, que abarca los factores somatización, desgaste y alienación.

### **3.1.9. Metodología ISTAS-21 (Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud 2004).**

La metodología ISTAS 21 es un instrumento que se desarrolla a partir del año 2000 por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca (AMI), con la adaptación al castellano del cuestionario CoPsoQ (Copenhagen Psicosocial Questionnaire) por el Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), del sindicato de Comisiones Obreras (Moncada et al., 2005), apoyados por un equipo danés.

El método de ISTAS-21 evalúa riesgos psicosociales en el trabajo y se basa conceptualmente en la teoría general del estrés, integrando los modelos de Demanda-Control-Apoyo social de Karasek (Karasek, 1979; Johnson y Hall, 1988) y el modelo de Esfuerzo-Recompensa (ERI) de Siegrist (Siegrist, 1996). Su objetivo es identificar y medir la exposición a una serie de factores de riesgo psicosocial en el trabajo para la intervención y prevención.

Esta aplicación, actualmente es el procedimiento de evaluación más extendido y el que ha sufrido más revisiones y actualizaciones lo cual le confiere una altísima capacidad de utilización. Por tanto, es una de las opciones más exhaustivas a considerar para un proceso de evaluación de riesgos psicosociales. Sin embargo, su sistema de construcción puede ser algo obsoleto. Existen constantes actualizaciones que merecen especial atención.

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. CoPsoQ ISTAS-21 de CC.OO; Universitat Autònoma de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra y Generalitat de Catalunya. Disponible en <http://www.istas.net/istas21/cabecera.htm>

- Autor. La versión adaptada al castellano del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) fue desarrollada por un grupo de trabajo formado por especialistas del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS); Instituto Nacional de Salud de Dinamarca, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de Barcelona; La Universidad Autònoma de Barcelona; Mutua Fraternidad Muprespa; Gabinet Higia Salut i Treball, con la colaboración del Departamento de Salut Laboral de Comissions Obreres de Catalunya (CONC), y del Gabinete de Estudios CC.OO de Navarra.

- Población a la que se dirige. Como en otros casos, se trata de un conjunto de recursos dedicado a la evaluación de la organización a partir de los registros de cuestionarios estandarizados. La versión española es la adaptación del original generado por Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca (AMI). Existen diversas versiones en función del tamaño de la entidad evaluada o según fines de investigación.

- Estructura del Instrumento de Medida. Se trata de un cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el trabajo que se operativiza como es habitual en estos casos. En las versiones breves este instrumento es muy sencillo y muy fácil de administrar y de extraordinaria sencillez. En las versiones largas no sucede lo mismo y el cuestionario puede ser algo largo y generar fatiga. Además incluyen preguntas dirigidas a conocer el contexto social y las condiciones de trabajo, así como lo referente a la salud, estrés y satisfacción.

- Medidas que aporta. Existen tres versiones del instrumento (corta, media y larga), pensadas en función del tamaño de la empresa y de la orientación a la investigación o a la autoevaluación. Las preguntas varían en formato según la escala de que se trate y al igual que el cuestionario del que proviene dispone de 3 versiones diferentes, según el tamaño de la empresa y el objetivo que se persiga con su uso: 1) *Versión corta*: dirigida a empresas para menos de 30 trabajadores de manejo fácil y que permite la autoevaluación. Presenta 38 preguntas y ofrece resultados para 6 grupos de factores. Es una forma de autoevaluación rápida y sencilla. Sumando las puntuaciones el trabajador encontrará en que nivel de riesgo se sitúa en cada factor; 2) *Versión media*: consta de 124 ítems, dirigida a empresas con más de 30 trabajadores. Preguntas referidas a veintiún dimensiones o factores psicosociales, como doble presencia (conciliación de las necesidades derivadas del ámbito doméstico-familiar con las del ámbito laboral), exigencias psicológicas (cuantitativas, sensoriales, cognitivas, emocionales), desarrollo, sentido y satisfacción en el trabajo, control sobre sus tiempos, integración en la empresa, previsibilidad, claridad y conflicto de rol, calidad de liderazgo, esfuerzo, apoyo social, oportunidades de relación social, sentimiento de grupo, inseguridad en el empleo, salud general y mental, vitalidad y síntomas de estrés (conductuales, somáticos y cognitivos). Para la medida de algunas de estas dimensiones, el cuestionario utiliza de otras escalas estandarizadas, y 3) *Versión larga*: dirigida exclusivamente a investigación. La concordancia entre las versiones media y larga ha sido estudiada (Kappa entre 0,69-0,67).

- Estructura del instrumento de medida. Su estructura se basa en cuatro categorías agrupadas en dimensiones psicosociales: 1) *Exigencias psicológicas*: cuantitativas, emocional, cognitivas, esconder emociones y sensoriales, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo; 2) *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*: influencia en el trabajo, posibilidades de desarrollo, control sobre el tiempo de trabajo, Sentido de trabajo e integración en la empresa; 3) *Apoyo social* en la empresa y calidad de liderazgo: previsibilidad, calidad de rol, conflicto de rol, calidad de liderazgo, refuerzo, apoyo social, posibilidades de relación social y sentimiento de grupo; 4) *Compensaciones: seguridad y estima* y 5) Doble presencia: se recoge en un apartado diferente y hace referencia a la doble jornada laboral de quien asumen las tareas domésticas además de su trabajo productivo. Los resultados de la evaluación se comparan con los valores de referencia poblacionales, y las puntuaciones expresan la media para cada una de las dimensiones (estandarizados de 0 a 100), donde los puntajes se separan en terciles para cada una de las dimensiones y subdimensiones, clasificándolos en rangos “bajo”, “medio” y “alto” la exposición a cada uno de los factores de riesgo psicosocial.

- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Al igual que en otros casos se ha construido mediante construcción de grupo normativo bajo el modelo de la teoría Clásica de los Tests.

- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. Existen múltiples trabajos sobre esta batería y metodología de evaluación, tanto en el original como en la adaptación española. La consistencia interna ha sido estudiada en las tres versiones. El menor índice logrado es el relativo a síntomas somáticos de estrés en la versión médico (0,63), aunque en general los datos son satisfactorios. Tiene en consideración la validez de contenido y de constructo. Utilizan el análisis factorial como método de depuración y selección para la obtención de

escalas más breves. El resultado de la adaptación, validación y estandarización del Método ISTAS 21–COPSOQ en la población trabajadora chilena. No se tiene información psicométrica respecto del instrumento adaptado en Chile, por esta razón se hizo el análisis de la confiabilidad del instrumento en esta aplicación obteniendo un alfa de 0,92, lo cual se considera adecuado.

- Ventajas. Puede adaptarse una parte del cuestionario a las situaciones propias de la entidad evaluada, eso le confiere una ductibilidad muy interesante.
- Inconvenientes. Esa misma ductibilidad le supone un cierto riesgo de “no comparabilidad” entre entidades o en distintos momentos temporales sobre la misma entidad. La versión más larga y la de investigación pueden generar fatiga y el procedimiento es bastante interferidor con la cotidianidad de la entidad evaluada.
- Otras referencias de interés. Moncada, Llorens, Navarro y Kristensen (2005), Moncada y Llorens (2006).

Este método consta de cinco componentes o metodologías en pro de la evaluación psicosocial: un cuestionario de evaluación psicosocial, un software de apoyo, un informe de preliminar de resultados, reuniones de devolución o feedback y un informe final.

### **3.1.8. Metodología RED-WONT (Work and Organizacional Network, 2005)**

El Cuestionario RED-WONT (Recursos, Emociones y Demandas Laborales) de la Universitat Jaume I (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2006), ofrece un instrumento multifactorial sobre diversos factores de riesgo psicosocial (demandas laborales, recursos laborales, recursos sociales, y recursos personales), junto a medidas sobre las consecuencias de esos riesgos (daños psicosociales, daños organizacionales y bienestar psicológico).

Su fundamentación se establece en el marco teórico y conceptual a partir de la Teoría Clásica de los Test y se define por la agregación de puntuaciones con baremación de norma de grupo.

El Modelo RED (Recursos, Emociones/Experiencias y Demandas) se basa en los modelos clásicos de Demandas-Control-Apoyo Social (Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Hall, 1988), el modelo de Demandas-Recursos (Demerouti et al., 2001a), ampliándolos con el modelo de Proceso Dual que ha dado lugar al modelo Espiral Dual (Schaufeli y Bakker, 2004), que incorpora la psicología organizacional positiva a la prevención de riesgos psicosociales (Salanova et al., 2005; Schaufeli y Bakker, 2004) y en su desarrollo posterior a través del Modelo Recursos, Experiencias y Demandas (RED). Se insiste en la importancia de los recursos personales como la autoeficacia.

El modelo se plantea como una ampliación del modelo de Demandas-Recursos, combinando los aspectos negativos del estrés con una aproximación más positiva del mismo, conocida como Psicología Organizacional Positiva (Salanova, Martínez y Llorens, 2005). Así, se señala un componente negativo del estrés para la salud debido a las altas demandas, junto a uno motivador relacionado con la adecuada gestión de los recursos para hacer frente a las demandas. Más recientemente, este modelo ha sido ampliado incluyendo los recursos personales como la autoeficacia (Salanova, Bresó y Schaufeli, 2005). De esta manera, el Modelo RED considera el estrés como un proceso de interacción entre las demandas del ambiente laboral y los recursos ambientales y personales, permitiendo la predicción de resultados negativos y positivos (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2006).

A continuación se describen las características del cuestionario:

- Método. Cuestionario RED-WONT de la Universitat Jaume I. Disponible en la página web: [www.wont.uji.es](http://www.wont.uji.es)

- Autor. Equipo de investigación WONT (Work and Organizacional Network) de la Universidad Jaume I de Castellón.

- Población a la que se dirige. Se dirige a la evaluación de personas y entidades bajo los preceptos legales de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Evalúa las entidades a partir de un procedimiento que se adapta a cada caso y que genera un modelo propio para la entidad evaluada que se denomina RED.

- Estructura del Instrumento de Medida. Eventual evaluación de la eficacia de la intervención (en el corto y en el medio plazo). El cuestionario RED incluye una versión general y diversas versiones diseñadas para su aplicación en contextos y a colectivos específicos (según profesión, sector, tamaño de la empresa, etc.). Atendiendo al formato de respuesta, está disponible en versión lápiz y papel on-line. Está integrado por 37 escalas agrupadas en dos categorías de tres bloques cada una. En torno a 150 ítems que evalúan riesgos psicosociales y sus consecuencias a nivel de daños psicológicos y organizacionales, y bienestar psicológico (Salanova, 2005). La metodología RED es un cuestionario práctico, sistemático y comprehensivo, modular, flexible, científico, y adaptado a las normas legales. Se trata de un instrumento multifactorial de carácter situacional, es decir, deja de lado aquellos factores que se conoce son inmutables por la acción de la prevención (personalidad, temperamento, etc.).

Existen varias versiones del instrumento, en función del sector. Utilizan el cuestionario RED (Recursos, Emociones y Demandas) del que se han ido desarrollando diferentes versiones: para usuarios de tecnologías de la información y la comunicación (RED TIC), para teletrabajadores (RED TT), para estudiantes universitarios (RED UNI) y uno específico para evaluar la adicción al trabajo (RED ADI).

- Medidas que aporta. *Riesgos o peligros psicosociales*: 1) Demandas laborales sobrecarga cuantitativa, ambigüedad de rol, conflicto de rol, rutina, sobrecarga cualitativa mental,

Sobrecarga cualitativa Emocional; 2) Recursos laborales: autonomía, feedback, calidad organizacional, formación organizacional; 3) Recursos Sociales: apoyo social, liderazgo, relaciones interpersonales, trabajo en equipo; 4) Recursos personales: autoeficacia, competencia mental, competencia emocional, competencia profesional trabajo en equipo; *Consecuencias*: 1) Daños Psicosociales: síntomas psicosomáticos, aburrimiento, cinismo, fatiga, ansiedad, adicción al trabajo; 2) Daños Organizacionales: falta de compromiso organizacional, intención de abandono, absentismo, ineficacia profesional; 3) Bienestar psicológico: Satisfacción laboral, relajación, absorción, interés intrínseco, placer, reto laboral, motivación laboral (engagement), flow (experiencias óptimas).

- Modelo Psicométrico de Construcción del Instrumento de Evaluación. Esta construido a partir de la Teoría Clásica de los Test y se define por la agregación de puntuaciones con baremación de norma de grupo.

- Datos de Validez y fiabilidad Psicométricas. El equipo de investigación WONT aporta múltiple evidencia empírica acerca de la alta fiabilidad y validez del procedimiento, en general basados en estimaciones Alfa de Cronbach. Se reportan pocos estudios acerca de la estructura factorial confirmatoria, pero se garantiza la validez de contenido y de constructo.

- Metodología: Entrevista y cuestionario. Disponen de aplicaciones electrónicas para cumplimentarlo vía internet que además ofrecen los resultados de forma inmediata. Flexible de forma que según responda el individuo se seleccionan las escalas específicas para esa persona o colectivo.

- Ventajas. La principal ventaja del sistema presentado es que se ajusta a la entidad que se evalúa. De esta forma, se garantiza un ajuste absoluto entre las exigencias de la entidad y el sistema de medida.

- Inconvenientes. Se trata de un proceso largo y que implica mucho esfuerzo para la organización evaluada, puesto que a la administración del cuestionario, deben añadirse las fases previas de ajuste (grupos, focus group, entrevistas diversas, etc.).
- Otras referencias de interés. Salanova, Bresó y Schaufelli, 2005b; Schaufeli y Bakker, 2004; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2006.

Se trata de una opción integral y amplia que debería ser seleccionado en aquellos casos en los que se desea evaluar una organización de forma exhaustiva, no breve y completa. Se trata de una de las baterías más completas que se pueden obtener actualmente y que, insistimos, debe considerarse seriamente si se desea una evaluación exhaustiva de la entidad laboral.

### **3.2. Metodología Internacional**

A nivel internacional Tabanelli et al. (2008) han revisado los métodos existentes a nivel internacional de otras formas de evaluar riesgos psicosociales. Las diferentes metodologías de evaluación de riesgos psicosociales internacionales comienzan a originarse en la década de 1970. En total son 26 cuestionarios y siete instrumentos psicosociales organizacionales, y algunos de ellos presentan información sobre aspectos mediadores y efectos sobre la salud (Moreno y Baez, 2010). A continuación se presentan las características de algunas de las metodologías internacionales.

#### **3.2.1. Cuestionario Psicosocial Copenhagen (Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQ).**

- Autor: Kristensen, Hannerz y Borg (2005).

- Objetivos: Identificar factores psicosociales, estrés / bienestar individual de salud, factores de personalidad (estilo de afrontamiento, el sentido de coherencia, etc.).
- Factores: demandas cognitivas, compromiso, libertad, ocultar, emociones, demandas emocionales, feedback, influencia, inseguridad, satisfacción, liderazgo, demandas cuantitativas.
- Versión larga (141 ítems) para investigación; media (95 ítems) y corta (44 ítems) para la evaluación del lugar de trabajo.
- Internet: <http://.arbejdsmiljoorsking.dk/Sporgeskemaer/Psykisk%20arbejdsmilo.aspx> (versión española).

### **3.2.2. Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Effort-Reward Imbalance - ERI).**

- Autor: Siegrist, Starke, Chandola, et al. (2004).
- Objetivos: Identificar relaciones Esfuerzo-Recompensa como determinantes del bienestar.
- Factores: 3 escalas: esfuerzo, recompensa, sobre compromiso.
- Versión corta (23 ítems), larga (46 ítems).
- Internet: [http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/Effortreward\\_imbalance\\_at\\_wor.112.0.html](http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/Effortreward_imbalance_at_wor.112.0.html) (versión española).

### **3.2.3. Cuestionario General de Nordic (General Nordic Questionnaire - QPS NORDIC).**

- Autor: Lindstrom (2002).
- Objetivos: Conocer aquellas condiciones que son posibles determinantes del estrés relacionado con el trabajo.
- Factores: Demandas/Control, expectativa de rol, predecibilidad, interacción social, liderazgo, comunicación, cultura organizacional, trabajo en grupo, compromiso, competencia, preferencia por el reto, interacciones con la vida privada.
- Versión corta (34 ítems), larga (123 ítems).
- Internet: [http://www.norden.org/pub/velfaerd/arbetsmiljo/sk/TN00\\_603.asp](http://www.norden.org/pub/velfaerd/arbetsmiljo/sk/TN00_603.asp)

### **3.2.4. Herramienta Indicador HSE (HSE Indicator Tool - HSE).**

- Año publicación: 2004.
- Objetivos: Identificar condiciones que son posibles determinantes del estrés relacionado con el trabajo.
- Factores: Demandas, control, apoyo, relaciones, apoyo, rol, cambio.
- Versión 35 ítems.
- Internet: <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/dwdownloads.htm>

### **3.2.5. Índice Características de empleo (Job Characteristics Index - JCI).**

- Autor: Sims et al. (1976).
- Objetivos: Percepción subjetiva de las características del trabajo.
- Factores: Autonomía, feedback, relaciones con compañeros, identificación con la tarea, amistad.
- Versión: 30 ítems.

### **3.2.6. Cuestionario contenido Trabajo (Job Content Questionnaire - JCQ).**

- Autor: Karasek et al. (1998).
- Objetivos: Contenido de las tareas de trabajo de los encuestados que utilizan alta demanda / control bajo / modelo de bajo apoyo al desarrollo de la tensión laboral.
- Factores: 3 escalas de estrés laboral: amplitud de decisión, demandas psicológicas, apoyo social.
- Versión: Recomendada (49 ítems), larga (112 ítems); versión original 27 (ítems).
- Internet: <http://www.jcqcenter.org> (versión en español).

### **3.2.7. Encuesta de Diagnóstico de empleo (Job Diagnostic Survey - JDS).**

- Autor: Hackamn y Oldham (1975).
- Objetivos: Percepción subjetiva de las características del trabajo.

- Factores: Autonomía, significación de la tarea, identificación con la tarea, feedback.
- Versión: 15 ítems.

### **3.2.8. Encuesta Estrés Laboral (Job Stress Survey - JSS).**

- Autor: Vagg y Spielberger (1999).
- Objetivos: Severidad / frecuencia de las condiciones de trabajo.
- Factores: Estrés laboral, presiones laborales y falta de apoyo.
- Versión: 30 ítems.

### **3.2.9. Cuestionario Multidimensional de Organización de la Salud Multidimensional (Organizational Health Questionnaire - MOHQ).**

- Autor: Avallone y Paplomatas (2005).
- Objetivos: Los indicadores de bienestar organizacional.
- Factores: Comodidad ambiental, claridad de objetivos, valoración de las competencias, escucha, disponibilidad de información, relaciones conflictivas, resolución de problemas, demandas, efectividad, justicia, descripción del trabajo, utilidad social, apertura da la innovación, seguridad.
- Versión: 139 ítems.
- Internet: <http://www.oisorg.it/strumenti/mohq/index.html>

### **3.2.10. Cuestionario de Estrés Trabajo Genérico NIOSH (NIOSH Generic Job Stress Questionnaire).**

- Autor: Hurrell y McLaney (1988).
- Objetivos: Identificar características del trabajo, factores psicosociales, condiciones físicas, los riesgos de seguridad, el estrés, la satisfacción de la salud y el trabajo.
- Factores: Exposición psicológica (sobrecarga, responsabilidad, demandas de rol, demandas mentales, conflicto, desaprovechamiento de habilidades, oportunidades de empleo, tipos de control de trabajo, etc.); tensión individual (depresión, quejas somáticas, insatisfacción, enfermedad); mediadores (apoyo social, autoestima).
- Versión: versión española, 246 ítems.

### **3.2.11. Cuestionario NOVA WEBA (NOVA WEBA Questionnaire).**

- Autor: Huys y de Rick (2005).
- Objetivos: Identificar los riesgos relacionados con el estrés.
- Factores: 4 medidas principales: demandas, opciones de control, composición del trabajo y otros riesgos.
- Versión: 156 ítems.

### **3.2.12. Índice de Estrés Ocupacional (Occupational Stress Index - OSI).**

- Autor: Belkic (2000).
- Objetivos: Identificar cargas de estrés ocupacional.

- Factores: Matriz bidimensional: en la vertical transmisión de la información y en la horizontal dimensiones de estrés.
- Versión: versión genérica (65 ítems) y específica (conductores, médicos, profesores, pilotos, controladores de tráfico).
- Internet: <http://www.workhealth.org/OSI%Index/OSI%20Home%20Page.html>

### **3.2.13. Indicador de Estrés Ocupacional (Occupational Stress Indicator - OSIND).**

- Autor: Cooper Sloan y Williamns (1988).
- Objetivos: Identificar condiciones de trabajo estresantes.
- Factores: 3 medidas: escala de fuentes de presión, efectos de estrés (baja satisfacción laboral, pobre salud física y psicológica) y mediadores (habilidades de afrontamiento, personalidad).
- Versión: 167 ítems.

### **3.2.14. Indicador de Estrés Ocupacional (Occupational Stress Inventory - OSINV).**

- Autor: Osipow (1992).
- Objetivos: Identificar ajuste en el trabajo en términos de estresores laborales, tensión personal, y hacer frente.

- Factores: 3 dimensiones: cuestionario de roles ocupacionales, cuestionario de tensión personal y cuestionario de recursos personales.
- Versión: los tres cuestionarios 140 ítems.

### **3.2.15. Cuestionario de Estrés Ocupacional (Occupational Stress Questionnaire).**

- Autor: Elo, Leppanen y Sillanpaa (1998).
- Objetivos: El estrés laboral: trabajo percibida / estresores ambientales, las reacciones de estrés individuales, y la influencia de la organización.
- Factores: complejidad del trabajo, autonomía, claridad de rol, clima organizacional, apoyo por parte de superiores, cooperación, apreciación del trabajo, amenazas laborales, feedback y presión temporal.
- Versión: 56 ítems.

### **3.2.16. Indicador de Gestión de Presión (Pressure Management Indicator).**

- Autor: Williams y Cooper (1998).
- Objetivos: Identificar la presión en el centro de trabajo.
- Factores: Efectos de la presión (satisfacción laboral, satisfacción organizacional, seguridad organizacional, estado mental, resiliencia, confianza, síntomas físicos); fuentes de presión (carga de trabajo, reconocimiento, relaciones, clima organizacional, responsabilidad, balance hogar-trabajo, etc.); diferencias individuales (impaciencia, control influencia, apoyo social).
- Versión: 120 ítems.

- Internet: <http://.resourcesystems.co.uk/pmi/pmi2.htm>

### **3.2.17. Condiciones de Trabajo Psicosocial (Psychosocial Working Conditions-PWC).**

- Autor: Wierszal-Bazyl y Cieslak (2000).

- Objetivos: Impacto del estrés de las condiciones de trabajo psicosociales.

- Factores: 3 escalas principales: demandas laborales, control y apoyo social. Incluye además 2 escalas adaptadas del Occupational Stress Questionnaire.

- Versión: 36 ítems.

### **3.2.18. Encuesta de diagnóstico de estrés (Stress Diagnostic Survey - SDS).**

- Autor: Ivancecich, Napier y Wetherbe (1983).

- Objetivos: Identificar las áreas específicas de alto estrés laboral en el entorno de trabajo.

- Factores: 2 aspectos: individual (conflicto de rol, ambigüedad, presión temporal, carrera, responsabilidad, sobrecarga cuantitativa y cualitativa) y organizacional (política, recompensas, participación, estilo de supervisión, estructura organizacional, desarrollo de recursos humanos).

- Versión: 80 ítems.

### **3.2.19. Cuestionario de estrés organizacional (Stress D'Organization Questionnaire - VOS-D) (PREVENT, 2005).**

- Autor: PREVENT, 2005.
- Objetivos: Trabajar condiciones para facilitar la realización de la tarea para los trabajadores con discapacidades.
- Factores: 14 módulos entre los que se encuentran sobrecarga, definición de rol, sobrerresponsabilidad, conflicto de rol, inmovilidad, interés en el trabajo, seguridad laboral, apoyo de superiores compañeros, satisfacción, preocupación, salud mental y psicológica.
- Versión: 95 ítems.
- Internet: <http://fr.prevent.be/net/net01.nsf/p/75>

#### **3.2.20. Perfil de estrés (Stress Profile).**

- Autor: Setterlind y Larson (1995).
- Objetivos: El ambiente psicosocial.
- Factores: 4 indicadores principales: causas externa de estrés, reacciones, habilidades de afrontamiento y estrés.
- Versión: 224 ítems.
- Internet: <http://www.setterlindconsulting.se/articles.html>

#### **3.2.21. Cuestionario de Evaluación de Riesgos ante el estrés (Stress Risk Assessment Questionnaire - SRA).**

- Año publicación: 2003.

- Objetivos: Estrés en el trabajo.
- Factores: Cultura organizacional, demandas, control, relaciones, cambio organizacional, rol, apoyo, salud, afrontamiento de presiones organizacionales, etc.
- Versión: 50 ítems.
- Internet: (Stressrisk.com). <http://www.stressrisk.com>

### **3.2.22. Trabajo y Salud (Travail et Santé - VAG).**

- Autor: Conseil National du Travail – CNT (2004); Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB, 2002).
- Objetivos: Características de estrés en el trabajo .
- Factores: Contenido de la tarea, organización del trabajo, condiciones físicas, equipamiento de seguridad, relaciones, esfuerzos físicos y psicológicos, interacción entre vida privada y trabajo, carrera, salud, opinión.
- Versión: completa (200 ítems), breve (41 ítems).

### **3.2.23. Cuestionario TRIPOP SIGMA (TRIPPOP SIGMA Questionnaire).**

- Autor: Wiezer y Nelemans (2005).
- Objetivos: Herramienta de gestión del estrés.
- Factores: 8 escalas: procedimiento, hardware, organización, comunicación, habilidades, incompatibilidad de objetivos, apoyo social, defensas individuales.

- Versión: 166 ítems.

- Internet:

<http://www.tripodsolutions.net/?rd=http://www.tripodsolutions.net/article.aspx?id=307>

#### **3.2.24. Vragenlust Beleving en Beoordeling Van de Arbeid (VBBA).**

- Autor: Va Veldhoven y Broersen (2003).

- Objetivos: Identificar causas y consecuencias de los factores trabajo y medio ambiente.

- Factores: Características del trabajo, variedad, autonomía, comunicación/relaciones, problemas laborales, condiciones, satisfacción, tensión.

- Versión: completa (232 ítems); breve (108 ítems).

- Internet: [http://www.vbba.nl/vbba\\_nl/index.htm](http://www.vbba.nl/vbba_nl/index.htm)

#### **3.2.25. Escala de Ambiente de Trabajo (Work Environment Scale - WES).**

- Autor: Moos (1981).

- Objetivos: Percepción del clima social de las unidades de trabajo.

- Factores: Involucración, relaciones con compañeros, apoyo de supervisores, autonomía, orientación de la tarea, presión laboral, claridad, control, comodidad física.

- Versión: Versión larga (90 ítems) y corta (40 ítems).

### **3.2.26. Cuestionario de Condiciones de trabajo y de control (Working Conditions and Control Questionnaire-WOCCQ).**

- Autor: De Keyser y Hansez (1996).
- Objetivos: Identificar factores psicosociales de riesgo y control de trabajo de los trabajadores.
- Factores: Control de la situación laboral: recursos, futuro, control de la tarea, riesgos para uno mismo y otros, planificación del trabajo, control del tiempo.
- Versión: 80 ítems (más 2 cuestionarios opcionales).
- Internet: <http://www.woccq.be>

## **4. Modelo Inventario de Factores Psicosociales *ad hoc***

Se elabora el inventario con el objetivo de establecer una estructura práctica en relación a la evaluación psicosocial basada en la evidencia con el objeto de diseñar una adecuada intervención psicosocial positiva sobre el bienestar psicosocial, se gesta el inventario de factores psicosociales tras la revisión bibliográfica sobre metodología de la evaluación psicosocial (Ferrer et al., 2011; Guàrdia, 2008; Lara, 2013; Moreno y Baez, 2010).

### **4.1. Explicación teórica**

El Inventario de Factores Psicosociales laborales y extralaborales que se validará en esta tesis se basa en las premisas de algunos aspectos psicosociales positivos, el perfil psicosocial del trabajador sano y la percepción de pertenencia a una organización saludable

van a influir positivamente en el desarrollo de características relacionadas con el capital psicológico positivo, como es el compromiso psicológico, en la salud o el bienestar psicosocial (físico, psicológico y social) del trabajador, y en la propia organización (ver Tabla 8, Tabla 9).

El trabajo hospitalario *per se* es fuente de estrés, y resulta complejo determinar cuándo una situación es susceptible de originar estados de estrés o cansancio en los trabajadores. En esta investigación se realiza una comparación conceptual de la metodología ISTAS-21 y RED-WONT, y la evaluación de factores psicosociales de dos hospitales públicos de Bizkaia.

Bajo el paradigma del estrés como proceso, este instrumento se emplea para identificar y medir la percepción que tienen los trabajadores sobre algunas de las demandas laborales que actúan como factores protectores de su entorno laboral, relacionadas directamente con el estrés y otra serie de aspectos relacionados con la salud o bienestar psicosocial, los recursos laborales y personales, que actúan como moderadores de los efectos del estrés, y por último, las consecuencias a nivel individual y organizacional.

La finalidad del cuestionario IFPOS es evaluar, de forma válida y fiable, los factores psicosociales protectores de los profesionales de la salud y compararlos entre sí. La percepción de los factores psicosociales se evalúa automáticamente, dividiendo la puntuación entre el número de subescalas correspondiente a cada factor. El IFPOS proporciona una puntuación independiente para cada uno de los factores que lo componen; cada puntuación indica el nivel de percepción del grado de incomodidad psicosocial respecto al ítem formulado. La puntuación directa se obtiene mediante la suma de las respuestas del trabajador a cada uno de los ítems que la componen y promediándolas.

El inventario evalúa el grado de incomodidad percibido ante diferentes situaciones en el contexto laboral y extralaboral para la muestra objeto de estudio. Los profesionales pueden presentar diferentes niveles de percepción de grado de incomodidad a los factores psicosociales, en función del grado de incomodidad percibida. Se establecieron cinco niveles de percepción de grado de incomodidad a los factores psicosociales: nada, un poco, moderadamente, mucho y muchísimo. Puntuaciones altas indican que los profesionales perciben negativamente estos aspectos del trabajo y que están expuestos a un nivel mayor de malestar psicosocial (estrés asistencial, ansiedad, depresión). Por el contrario, puntuaciones bajas indican que los profesionales perciben positivamente los aspectos planteados y que están expuestos a un nivel mayor de bienestar psicosocial (compromiso psicológico).

El Inventario de Factores Psicosociales que se desarrolla en la presente tesis es un modelo de evaluación psicosocial que surge al integrar modelos clásicos el modelo de Demandas-Recursos (Demerouti et al., 2001a), ampliándolos con el modelo de Proceso Dual que incorpora la psicología organizacional positiva a la prevención de riesgos psicosociales (Salanova et al., 2005; Schaufeli y Bakker, 2004), la metodología ISTAS 21 (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud) desarrollado por un grupo de trabajo formado por especialistas de distintas instituciones y el método RED-WONT (equipo de investigación WONT - Work and Organizational Network, de la Universidad Jaume I de Castellón), que integran aspectos básicos de la psicología como proceso, bajo el paradigma de la Psicología Organizacional Positiva que insiste en la importancia de los recursos personales como el compromiso psicológico, en base a cuatro categorías: demandas laborales, recursos personales y recursos laborales y consecuencias a nivel individual y organizacional.

Se analiza la estructura factorial y la consistencia interna del Inventario de Factores Psicosociales en la organización saludable, a partir de las respuestas de 260 profesionales de

enfermería. El inventario está formado por diez factores: factores propios de la profesión, factores de relación interpersonal, factores organizacionales y laborales, factores personales, habilidades, competencia interpersonales, factores recursos, factores relacionados con la gestión y administración, factores ambientales, factores psicosociales extralaborales (ver Tabla 8, Tabla 9).

Los factores protectores son las características personales o elementos del ambiente o la percepción sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar psicosocial. Ante los efectos negativos del estrés disminuye la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar (Moos y Holahan, 2003). Los aspectos psicosociales son las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud del trabajador (física, psicológica y social) (Taub y Olivares, 2009).

Tabla 8

*Características inventario factores psicosociales ad hoc*

|                      |                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor                | María José Moreno (Universidad Deusto. Bilbao)                                                                |
| Principales medidas  | Aspectos psicosociales laborales y extralaborales, que se agrupan en 10 escalas y sus factores (ver Tabla 9). |
| Objetivo             | Evaluación de perfil psicosocial en trabajadores sanos que perciben trabajar en una organización saludable.   |
| Aplicación           | Individual o colectivo.                                                                                       |
| Dirigido a           | Profesionales de enfermería.                                                                                  |
| Tiempo estimado      | 20 minutos                                                                                                    |
| Numero de ítems      | 255                                                                                                           |
| Formato de respuesta | Tipo escala Likert de 5 puntos: 0 = nada; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = muchísimo.           |
| Aplicación           | Por ldo. Psicología o un técnico en prevención de riesgos laborales.                                          |

Tabla 9

*Estructura Dimensiones Inventario Factores Psicosociales*

| Método                                             | Factores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inventario de Aspectos Psicosociales <i>ad hoc</i> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Factores propios de la profesión: 1) tipo de cliente, tarea, 2) ambiente-contexto, 3) valores y 4) creencias (total 30 ítems).</li> <li>Factores de relación interpersonal: 1) comunicación, 2) relación de grupo, 3) confianza, 4) sentimientos, 5) reconocimiento de afecto y valoración, y 6) apoyo social (total 32 ítems).</li> <li>Factores organizacionales y laborales: 1) clima y cultura laboral, 2) planificación organizacional, 3) contrato, turnos y horarios y 4) promoción y desarrollo profesional (total 33 ítems).</li> <li>Factores personales: 1) autopercepción y autoconcepto, 2) aspectos cognitivos y perceptual, y 3) interacción social (total 18 ítems).</li> <li>Habilidades: 1) retos, 2) competencias de comunicación, 3) toma de decisiones y 4) compromiso (total 19 ítems).</li> <li>Competencias interpersonales: 1) a nivel individual, 2) a nivel cognitivo, 3) a nivel social, 4) autocontrol de la conducta respecto a (total 21 ítems).</li> <li>Factores Recursos Tecnológicos propios de la profesión e informática: 1) material propio de la profesión, 2) aparatos informáticos (total 14 ítems).</li> <li>Factores relacionados con la gestión y administración: 1) propios de la unidad, 2) de la relación con el cliente interno (total 16 ítems).</li> <li>Factores ambientales: 1) diseño del entorno, 2) iluminación, 3) ventilación, 4) temperatura, 5) ruido y 6) exposición a riesgos laborales (total 25 ítems).</li> <li>Factores psicosociales extralaborales: 1) duelo, 2) salud, 3) interacción socio-familiar, 4) laboral, 5) peligro, 6) economía y 7) transporte (total 47 ítems).</li> </ol> |



## **CAPÍTULO 4. EVIDENCIA EMPÍRICA**



## **1. Aspectos sociodemográficos y compromiso psicológico**

Martínez y Salanova (2003) llevaron a cabo un estudio sobre el compromiso psicológico académico en una muestra de 525 estudiantes pertenecientes a las carreras de Psicología, Ingeniería técnica informática y diplomatura de Turismo. El estudio consistió en establecer relaciones entre variables demográficas, desempeño y desarrollo profesional. Sus resultados muestran la existencia de diferencias significativas en las dimensiones de estrés asistencial y compromiso psicológico en función de la edad, el género y la carrera elegida, con una tendencia por parte de las mujeres a mostrar valores superiores en las dimensiones de compromiso psicológico. El desempeño académico incluía, a su vez, tres variables: el desempeño real (porcentaje de exámenes aprobados); las expectativas de éxito (número de semestres estimados por el alumno para finalizar sus estudios); la tendencia al abandono (intención informada de abandonar los estudios por un empleo); y el desarrollo profesional (la información que el estudiante tiene acerca del mundo laboral y sus oportunidades de empleo). Los resultados evidenciaron diferencias en las dimensiones de estrés asistencial y compromiso psicológico en función del sexo y la titulación que cursaban los estudiantes. Considerada la variable género, las mujeres se mostraban menos cínicas en relación con sus estudios y se percibían más eficaces.

Salanova y Schaufeli (2009) señalan que a pesar de que los estudiantes no tienen una relación contractual, desde un punto de vista psicológico, estudiar equivale a trabajar. Esto es, al igual que los trabajadores, los estudiantes realizan actividades estructuradas y coactivas relacionadas con las competencias académicas.

En la misma línea, Extremera, Durán y Rey (2007a; 2007b) reportaron mayores niveles de dedicación en estudiantes mujeres y en los estudiantes participantes mayores de 25 años. La tendencia indicaba que un incremento de la edad conducía a mayores niveles de

concentración, entusiasmo y retos académicos. Una relación en el sentido opuesto fue encontrada en el estudio de Manzano (2002a), donde ser menor de 20 años se asoció a unos mayores niveles de dedicación. En la misma línea de investigación, otros estudios, respecto a la edad, encuentran que el aumento de la edad está directamente relacionado con el aumento del estrés asistencial y con el descenso del compromiso psicológico (Agudo, 2011).

En relación al género, Martínez y Salanova (2003) y Manzano (2002b) también encontraron una destacada tendencia en las mujeres a obtener puntuaciones medias superiores en vigor, dedicación y absorción. Por otro lado, otro estudio de Manzano (2002a) no encontró evidencia de esta distinción.

Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers y Clarke (2013) indagaron acerca del impacto de aspectos de medio ambiente en la práctica de enfermería y el compromiso psicológico (vigor, dedicación y absorción) sobre el resultado del trabajo y la calidad de la práctica de enfermería evaluado en variables de atención entre los equipos en entornos de hospitalización psiquiátrica. El compromiso psicológico aporta en los enfermeros estabilidad laboral y la calidad de la atención: análisis a nivel de equipo de enfermería en hospitales psiquiátricos. Los valores medios de compromiso psicológico oscilaron de 4.62 a 4.81 y los porcentajes del personal informaron de un nivel alto o muy alto de vigor, dedicación y la absorción de acuerdo a los valores de corte de Schaufeli y Bakker (2003), de 58.3%, 70.3% y 64 %, respectivamente. Los resultados del estudio informan de la influencia de los entornos de la práctica enfermera en el compromiso psicológico dentro y a través de los grupos de trabajo de enfermería. El compromiso psicológico en el trabajo, a su vez mostró impactos más fuertes sobre los resultados del trabajo que en la percepción de la calidad de la atención y parece importante para la estabilidad de fuerza de trabajo de enfermería a través de una mayor satisfacción y reducción de las intenciones de rotación. Respecto al desempeño y

aspectos relacionados con el trabajo en equipo interdisciplinario mostró niveles altos de compromiso de trabajo. Como futuras líneas de investigación recomiendan la evaluación de las intervenciones para fortalecer los entornos de la práctica laboral.

## **2. Factores psicosociales y compromiso psicológico**

Respecto a los factores psicosociales, en los últimos años han aumentado los estudios que emplean un enfoque más positivo con la intención de identificar factores protectores del bienestar profesional y personal del trabajador que den cuenta de las diferencias individuales y organizacionales (Blanch et al., 2010; Díez y Dolan, 2008).

Los estudios de investigación han puesto de manifiesto que existen situaciones que pueden provocar el compromiso psicológico y situaciones sobre las que puede influir el constructo (Salanova y Schaufeli, 2004; 2005).

El compromiso psicológico parece estar asociado de manera positiva con algunas características propias del puesto de trabajo (recursos laborales) como potenciadores del compromiso psicológico. Las evidencias empíricas señalan que cuantos más recursos laborales disponibles (apoyo social por parte de los compañeros y superiores, feedback, autonomía laboral, variedad de tareas, facilidades de formación) hay una mayor probabilidad de tener empleados comprometidos (Liébana, 2011; Salanova et al., 2005; Salanova y Schaufeli, 2008; Shimazu y Schaufeli, 2009).

Algunos posibles factores que facilitan el compromiso psicológico incluyen recursos de trabajo y experiencias positivas en el hogar, es decir, los recursos laborales (autonomía, apoyo social, feedback) y personales (autoeficacia). La recuperación por esfuerzo, el contagio emocional y la motivación juegan roles decisivos en el compromiso psicológico individual y grupal que aumenta cuando existen más recursos laborales disponibles (Salanova, 2009).

Entre estos factores también se ha descubierto la importancia de la aparición del liderazgo (Schaufeli y Salanova, 2007; Wefald, 2009).

Salanova et al. (2005) señalan que la combinación de demandas y recursos puede incidir en la salud o en la motivación. Cuando se produce una descompensación o erosión de la salud, los estresores en el contexto laboral y la falta de recursos se asocian a actitudes negativas hacia el trabajo y estrés asistencial. Bakker et al. (2007) han expresado que este patrón podría ser explicado por el modelo regulación control de Hockey (1997), el cual establece que ante una situación estresante el trabajador tiende a preservar sus objetivos de rendimiento contra los esfuerzos mentales para alcanzar dichas metas. Cuando la demanda aumenta y los recursos son insuficientes aparecen la fatiga e irritación que pueden desencadenar en daños mayores a largo plazo. Por otro lado, cuando producen un aumento en la motivación, los recursos laborales son motivadores intrínsecos que conducen a los trabajadores al crecimiento, aprendizaje y desarrollo. También pueden ser motivadores extrínsecos porque son un instrumento para alcanzar los objetivos laborales. Los buenos resultados aumentan las actitudes positivas hacia el trabajo, la autonomía, la relación y la competencia y el compromiso psicológico. En el contexto laboral, la aparición del estrés asistencial o compromiso psicológico es dependiente de la disponibilidad de recursos necesarios para su afrontamiento (Hakanen et al., 2006).

En un estudio relacionado con la búsqueda de factores protectores presentes en el ambiente laboral que protegen y benefician la salud en situaciones de estrés, Astudillo et al. (2009) identificaron cinco factores determinantes: el puesto de trabajo, la jefatura, el ambiente físico, el trabajo en equipo y el ambiente psicosocial. A su vez, destacan que el concepto patogénico característico del pensamiento de estrés en el trabajo es un obstáculo para la consecución de una buena salud. Para resolver problemas de estrés laboral es

necesario un enfoque saludable, tanto para el individuo como para el grupo de trabajo, alejado de la ausencia total de estrés laboral. Como conclusión, sugieren que deben primarse líneas de actuación dirigidas a la transformación del ambiente laboral hospitalario, de manera que este ambiente y su dinámica de desarrollo puedan proporcionar al individuo nuevas experiencias de vida (Antonovsky, 1998).

Thian, Kannusamy, He y Klainin-Yobas (2015) llevaron a cabo un estudio sobre las relaciones entre el estrés, la afectividad positiva y el compromiso psicológico en el trabajo de una muestra conformada por 195 enfermeras. Las participantes refirieron que las principales fuentes de estrés laboral eran la carga de trabajo, la presión del tiempo, la recompensa insuficiente, una inadecuada interacción con los pacientes y las demandas emocionales incontrolables de trabajo. De manera pormenorizada, la afectividad positiva estaba negativamente relacionada con el estrés tras un mes, pero tuvo una relación positiva significativa con las tres dimensiones del compromiso psicológico en el trabajo. Por último, los autores señalaron que la participación en talleres programados mejoran la afectividad positiva y el compromiso psicológico y una posible línea de investigación futura puede ir dirigida hacia probar la efectividad de las intervenciones de los lugares de trabajo.

Orgambídez et al. (2014) realizaron un estudio que demostró que la satisfacción en el trabajo puede predecirse a partir del estrés de rol y el compromiso psicológico y señalan la utilidad del modelo de Recursos y Demandas J-DR para el diseño de estrategias que mejoren la calidad de los servicios y aumenten la satisfacción y el bienestar de los empleados.

Arenas y Andrade (2013), en un estudio sobre factores de riesgo psicosocial y compromiso psicológico en el trabajo en una organización del sector de la salud, destacaron la importancia de una gestión adecuada por parte de las organizaciones en términos de distribución y asignación del trabajo y de clima y cultura organizacional. A su vez, estos

factores deben ser complementados con el fomento de interacciones humanas satisfactorias por su influencia en la consecución de objetivos estratégicos de la organización. En la evaluación del compromiso psicológico se encontraron puntajes altos y medios en sus tres dimensiones (vigor, dedicación y absorción), mostrando relaciones estadísticamente significativas con los factores psicosociales (control sobre el trabajo, recompensas, liderazgo y relaciones sociales con el trabajo). El estudio puso de manifiesto la pertinencia de incluir la perspectiva que proporciona la Psicología Positiva en el estudio de las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores. Como futuras líneas de investigación consideran relevante indagar acerca de los recursos personales y organizacionales que contribuyen al compromiso psicológico, la relación entre esta experiencia y el cumplimiento de objetivos en un puesto de trabajo, los cambios en la experiencia de compromiso psicológico a través del tiempo, las diferencias culturales en diferentes países, organizaciones y oficios, la diferencia entre esta experiencia y la adicción al trabajo, el tipo de intervenciones que contribuyen a desarrollar compromiso psicológico en el trabajo, entre otros aspectos que desde un enfoque positivo se están constituyendo actualmente en otras posibilidades de investigación e intervención en contextos laborales y organizacionales.

Las personas con más compromiso psicológico, aportan más iniciativa, conducta proactiva, alta motivación. El compromiso psicológico puede mediar la relación entre los recursos del trabajo y estas conductas organizacionales positivas (Salanova y Schaufeli, 2005; Sonnentag, 2003). Estos factores son elementos que las empresas persiguen y fomentan entre sus empleados (Wefald, 2009). Además, se ha descubierto que estas conductas tienden a mantenerse a largo del tiempo (Beckers et al., 2004; Mauno et al., 2007).

Otras investigaciones confirman que quienes experimentan una conciliación positiva entre trabajo-familia evidencian niveles más altos de compromiso psicológico (Montgomery, Peeters, Schaufeli y Den Ouden, 2003).

El perfil de estrés adaptativo se consolida con recursos protectores, positivos y significativos para la salud, como son: los hábitos para la salud (ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición y comportamientos preventivos), las redes de apoyo satisfactorias (familiar, social y del trabajo), la fuerza cognitiva (locus de control interno), el estilo de afrontamiento (valoración positiva, minimización de la amenaza y concentración en el problema) y el bienestar psicológico (emociones afirmativas de autoestima) (Novack, 2002).

Distintos estudios han evaluado el valor de los recursos para pronosticar el compromiso psicológico. Estos recursos son: autoevaluación positiva ligada a la resiliencia, habilidades para controlar e impactar el ambiente, motivación, desempeño en el trabajo y satisfacción vital. En este sentido se ha discutido también el rol del capital en el compromiso psicológico (Sweetman y Luthans, 2010).

Desde el compromiso psicológico en el ámbito laboral, García-Renedo et al. (2006) proponen también como causas la competencia percibida y la alta autopercepción de eficacia profesional, ambas relacionadas con el bienestar psicológico.

El apoyo social supone otro de los elementos vinculados al compromiso psicológico (House, 1981; Lisbona et al., 2009; Rodríguez Marín et al., 1995; Salanova y Schaufeli, 2009). El apoyo social es una de las necesidades básicas en el contexto laboral y es definido por la construcción y mantenimiento de relaciones sociales con los demás y por la satisfacción de pertenencia a un grupo (Salanova y Schaufeli, 2009).

La autonomía en el trabajo es otra de las necesidades básicas de las personas en el ambiente de trabajo; está basada en la necesidad de las personas de control de las cosas que suceden, en lugar de tener que depender de los demás o de situaciones externas (Salanova y Schaufeli, 2009). Respecto a la autonomía y a su posible asociación con el compromiso psicológico, los estudios muestran que este recurso no siempre se relaciona con todas las dimensiones del compromiso psicológico. Por ejemplo, Salanova et al. (2005) encuentran que la autonomía se relaciona únicamente con los niveles de dedicación manifestados por trabajadores del sector de hostelería. No obstante, en otras investigaciones se constatan relaciones entre este recurso y las restantes dimensiones del compromiso psicológico (Richardsen et al., 2006).

Otro recurso que ha sido objeto de estudio en relación al compromiso psicológico ha sido la autoeficacia percibida. En este sentido, Llorens et al. (2006) y Salanova et al. (2010) concluyeron que los trabajadores que se perciben más eficaces en sus trabajos experimentan mayores niveles de vigor, dedicación y absorción.

Otras investigaciones han demostrado diferentes respuestas relacionadas con altos niveles de compromiso psicológico como baja rotación de personal, rentabilidad, productividad y satisfacción del cliente (Harter et al., 2002).

Respecto a la participación en la toma de decisiones y la retroalimentación sobre el desempeño, también se encuentran relaciones positivas entre dichos recursos y el compromiso psicológico (Schaufeli y Bakker, 2004). Las intervenciones para favorecer el compromiso psicológico con las actividades laborales y disminuir el estrés percibido por los profesionales de enfermería deben tener una retroalimentación por parte de la empresa. Se trata de un apoyo esencial para los profesionales de enfermería en activo y en formación (Muñoz, 2004).

Con respecto a la retroalimentación, Bakker et al. (2005b) encontraron que este recurso, junto con la autonomía y el apoyo social, ejercía un efecto amortiguador del estrés asistencial, el exceso de trabajo, la sobredemanda emocional o interferencias del hogar, en un estudio realizado con una muestra compuesta por funcionarios.

Una investigación de Demerouti et al. (2001b) evaluó 381 empleados de una compañía de seguros. Se puso de manifiesto que aquellos trabajadores que manifestaban tener un mayor control sobre el contenido de sus tareas puntuaban más alto en las tres dimensiones de compromiso psicológico. En un estudio longitudinal realizado por Mauno et al. (2007) en el que evaluaron el compromiso psicológico de una muestra de 409 profesionales de la salud y su relación con las demandas laborales y recursos durante un período de dos años, se concluyó que las demandas apenas correlacionaban con el estrés asistencial y que el control sobre el contenido de las tareas correlacionaba con el compromiso psicológico experimentado por los trabajadores y que dicha relación se mantenía en el tiempo.

Fiabane, Giorgi, Sguazzin y Argentero (2013) realizaron un estudio en una muestra de enfermeros y otros trabajadores de la salud con el objetivo de identificar el papel de los factores organizacionales y personales en la predicción del compromiso con los trabajadores de salud y comparar el compromiso de trabajo y el estrés ocupacional, percepciones de la salud entre las categorías profesionales. Los predictores más significativos fueron la carga de trabajo, la salud mental y la satisfacción en el trabajo; los mejores predictores de participación fuera de la comunidad, la carga de trabajo, la salud mental y la satisfacción en el trabajo; eficacia profesional fue mejor predicha por valores y la satisfacción laboral. En relación al segundo objetivo, los fisioterapeutas tenían niveles más altos de estrés y la retirada ocupacional de su trabajo, mientras que en el caso de los auxiliares de enfermería, fueron el

trabajo comprometido y el trabajo satisfecho la categoría más profesional, con percepciones positivas del entorno de trabajo. Como conclusión señalaron que se encontró que ambos factores organizacionales y personales se asociaron significativamente con el compromiso psicológico. En este estudio, los fisioterapeutas fueron la categoría con el mayor riesgo de problemas psicológicos relacionados con el trabajo, mientras que las enfermeras ayudantes tenían menor riesgo. Como futuras líneas de investigación sugieren que la implementación de intervenciones deben ir dirigidas a mejorar la práctica clínica y la salud psicológica de las enfermeras y el hospital debe centrarse en la carga de trabajo del personal, las expectativas personales de los trabajadores y la satisfacción laboral.

### **3. Estrategias de afrontamiento y compromiso psicológico**

La capacidad de afrontamiento de las demandas laborales se refiere a la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984; 1986; Rodríguez Marín et al., 1995). Se utilizan para reducir el impacto que producen los estresores sobre el bienestar psicológico que dependen de la valoración de la situación, la disponibilidad de recursos y de las experiencias previas (Richardson y Poole, 2001).

La definición de estrategia de afrontamiento mas aceptada ha sido la de Lazarus y Folkman (1986), quienes la consideran una respuesta adaptativa frente a una situación específica estresante, un proceso que una persona realiza para hacer frente al estrés, utilizando una amplia gama de estrategias y mecanismos psicológicos (tanto cognitivos como conductuales) para reducir, minimizar, dominar o tolerar el estrés. Otros autores más recientes como Marsollier y Aparicio (2011) coinciden en señalar dos funciones del

afrontamiento: dirigida al problema objetivo para intentar solucionarlo o dirigida a la propia emoción, para modificar el modo de vivir esa situación, reducir la tensión, la actividad fisiológica y la reacción emocional.

Desde el enfoque transaccional, los eventos pueden ser confrontadores y retadores para el sujeto y el estrés sería la consecuencia de no saber qué hacer frente a la situación. En su teoría, Lazarus y Folkman (1986) determinan que las acciones de las personas son dirigidas por sus metas y objetivos.

Numerosos estudios han tratado de abordar cuáles son las estrategias o estilos de afrontamiento y la relación que guardan con el desarrollo del estrés asistencial. En su mayoría, la tendencia teórica asumida por la mayor parte de los investigadores señala que las estrategias de afrontamiento modularán buena parte de las respuestas que el sujeto proporcione ante las situaciones amenazantes o estresantes, de manera que los sujetos con mayor tendencia a utilizar estrategias centradas en la emoción serán aquellos que presenten mayor vulnerabilidad al estrés asistencial, frente aquellos sujetos que utilicen estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Estos estudios confirman que el afrontamiento debe ser considerado como una variable de especial interés para reducir, minimizar o tolerar el estrés, ya que el uso de estrategias de afrontamiento puede mantener o acentuar el malestar psicológico y afectar en el compromiso psicológico de los profesionales de enfermería (Carnicer, Calderón y Garrido, 2012).

La presencia de estilos de afrontamiento que utiliza una persona posibilitarán o no la presencia de la aparición de estrés asistencial (Gil-Monte, 2003). Las estrategias centradas en la emoción y la evitación parecen relacionarse más con la inadaptación y se asocian con la ansiedad o la depresión y son capaces de predecir la aparición del estrés asistencial. Por su parte, las estrategias dirigidas al problema se convierten en factores protectores y se

relacionan con resultados más positivos para afrontar el estrés (Baron y Kenney, 1986; Peiró y Salvador, 1993).

En general, los resultados de diferentes investigaciones señalan favorable el uso de estrategias directas o activas (Brown, Nicassio y Woolston, 1989; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Pines y Kafry, 1981). De este modo, las estrategias directas se relacionan negativamente con el estrés asistencial, mientras que el uso de estilos paliativos, sobre todo, la evitación, se relacionan con la aparición del estrés asistencial (Burke y Greenglass, 2000; Ceslowitz, 1999; Leiter, 1991; Vewrhoeven, Kraaij, Joeke y Maes, 2003). Los estilos activos se asocian con menor despersonalización y menor probabilidad de desarrollar el síndrome, que aquellos que utilizan estrategias centradas en la emoción (Anderson, 2001; Leiter, 1991). A su vez, el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia favorable que posee un efecto menos perjudicial (Arrarás, Wright, Jusue, Tejedor y Calvo, 2002; Carrobles et al., 2003).

Estudios relacionados con el afrontamiento en el contexto laboral asistencial, con el propósito de examinar posibles vinculaciones entre el empleo de determinadas estrategias por parte de los profesionales de la salud y sus características sociodemográficas (género y edad), los hallazgos son contradictorios. En cuanto al género, las mujeres (médicas o enfermeras), parecen optar con más frecuencia que sus colegas varones por la búsqueda de apoyo social (incluido el apoyo profesional), pensamiento positivos y rejalación (Lert, Chastang y Castano, 2001). Sin embargo, otros investigadores (Hays, Mannahan, Cuaderas y Wallace, 2006) no han encontrado asociación alguna. Con respecto a la edad, algunos estudios han constatado que entre los médicos y enfermeras mayores prevalece el afrontamiento focalizado en la emoción en tanto que entre los profesionales más jóvenes pareciera que no predomina un estilo definido (Yayli, Yaman y Yaman, 2003). Otros autores (Hays et al.,

2006; Lert et al., 2001) han informado que la edad de los profesionales no aparece como una variable asociada con alguna estrategia de afrontamiento en particular.

Otro estudio que sigue ésta línea de investigación es el realizado por Contreras et al. (2009), en una muestra de estudiantes universitarios. Utilizan el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE), con el propósito de buscar evidencia acerca de las diferencias individuales en la utilización de estrategias de afrontamiento del estrés. Los resultados respecto al afrontamiento mostraron un uso frecuente de estilos pasivos, tales como la Autofocalización Negativa (AFN), Expresión Emocional Abierta (EEA) y Evitación (EVT). También se encontró un uso frecuente de estilo activos de afrontamiento como la Búsqueda de Apoyo Social (BAS) y la Reevaluación Positiva (REP). Así mismo, aportaron evidencia para la comprensión de las diferencias individuales respecto a la forma en la que los jóvenes afrontan las demandas del ambiente.

Por otra parte, Arrogante (2014), en su estudio resalta que los profesionales sanitarios que emplean estrategias de afrontamiento relacionadas en mayor medida con el afrontamiento de compromiso y el afrontamiento de apoyo, y en menor medida con el afrontamiento de falta de compromiso, son los que mejor se sienten consigo mismos y los que más felices se percibieron. A su vez, los profesionales sanitarios que sufren peores consecuencias ante el estrés laboral (los que estaban más agotados emocionalmente y despersonalizados y menos realizados personalmente) son los que menores niveles de bienestar experimentan. Las implicaciones clínicas de este hallazgo son muy importantes, ya que mediante la modificación y mejora de las estrategias de afrontamiento del estrés laboral, los profesionales sanitarios podrían ser capaces de afrontar más adaptativamente aquellas situaciones estresantes en el ámbito laboral reduciendo, por lo tanto, las consecuencias negativas asociadas a dicho estrés (tales como el estrés asistencial).

Alarcón et al. (2011) consideran que las formas adaptativas del afrontamiento y la extinción de las formas desadaptativas del afrontamiento posibilitan que en los contextos laborales se facilite el compromiso psicológico laboral. Aquellas personas con un alto compromiso psicológico logran tener mayor implicación en el trabajo, tener mayor concentración y resistencia mental a los cambios y obstáculos presentados. Además, presentan altos niveles de disfrute en el trabajo influenciando positivamente el área laboral, social y personal (Schaufeli et al., 2002).

Otros estudios relacionados con los estilos de afrontamiento proactivos, señalan que éstos pueden actuar como inhibidores de los niveles del estrés asistencial (Ortega y López, 2004) y contribuir a la mejora del estado de la salud psicosocial del profesional de enfermería (Schaufeli y Bakker, 2003). Además, también tienen un papel facilitador en el desarrollo de los niveles de compromiso psicológico en el trabajo (engagement) (Alarcón et al., 2011; Diez y Dolan, 2008; Lazarus y Folkman, 1986; Moos y Holahan, 2003; Ríos et al., 2010; Sandín, 1999).

Cabe resaltar la existencia de estudios cuyos resultados no fueron concluyentes. Por ejemplo, Hernández Zamora, Olmedo e Ibáñez (2004) en un estudio realizado con personal sanitario, encontraron pocas relaciones y de escasa magnitud entre algunas dimensiones del estrés asistencial y estrategias de afrontamiento centrado en la emoción. Además, pudieron comprobar cómo los sujetos con puntuaciones altas en la evaluación del estrés asistencial tendían a utilizar estrategias centradas en la emoción, mientras que aquellos con bajas puntuaciones en esta dimensión tendían a la utilización de estrategias centradas en el problema. Si bien se daba esta tendencia general, cuando se pasan a considerar por separado las dimensiones que configuran el estrés asistencial, los resultados llegan a ser contradictorios respecto a los supuestos teóricos.

Contreras, Palacio, Caballero, González y Gravini (2012) indagaron en la relación entre el burnout académico, las estrategias de afrontamiento y el promedio académico de una muestra de 283 universitarios de programas de Psicología y Fisioterapia. Los resultados mostraron que la mayoría de los estudiantes presentaban bajos niveles de burnout académico. Sin embargo, se corroboró que el alto agotamiento y cinismo afectan negativamente en el promedio académico, mientras que la autoeficacia ante los estudios lo favorecen significativamente. Dentro de las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los estudiantes se halló la solución de problemas, la cual se asocia con resultados más favorables en el promedio académico.

En el estudio realizado por Muñoz y Piernagorda (2011), con el objetivo de identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el estrés asistencial en docentes de primaria, mostraron que las estrategias de afrontamiento que están relacionadas positivamente con el estrés asistencial son: conformismo, evitación emocional, espera, búsqueda de alternativa y búsqueda de apoyo social. Las que están relacionadas negativamente son: búsqueda de apoyo profesional, búsqueda de apoyo social y expresión emocional abierta. Estos resultados apoyan la teoría cognitiva relacionada con el estrés (Lazarus y Folkman, 1986), según la cual la búsqueda de alternativas pretende analizar las causas del problema y generar opciones de solución frente a las situaciones estresantes.

Narumoto, Nakamura, Kitabayashi, Shibata, Nadamae y Fujui (2008) señalan que la personalidad influye en el desarrollo del estrés asistencial a través de las estrategias de afrontamiento adoptadas por los profesionales cuidadores. En concreto, una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción y la puntuación obtenida en el cuestionario de salud GHQ-30 constituían predictores de los niveles obtenidos en el agotamiento emocional, mientras que el factor del neuroticismo y la edad eran predictores significativos en la

dimensión de despersonalización. Por tanto, un elevado neuroticismo y un mayor uso de estrategias centradas en la emoción se asocian a unos mayores niveles de estrés asistencial.

Otro estudio realizado en el ámbito de la educación muestra el papel mediador o moderador de las estrategias de afrontamiento en la relación estrés asistencial. La dimensión de despersonalización del estrés asistencial representaba una forma de afrontamiento disfuncional, mientras que la dimensión de agotamiento emocional aparecía como una reacción al estrés (Marqués Pinto, Lima y Lopes da Silva, 2005).

Las estrategias de afrontamiento activas y directas se asocian con niveles de estrés asistencial menores que las estrategias de afrontamiento inactivas o indirectas (Burke, 1998; Burke y Greenglass, 2000; Leiter, 1991; Pines y Kafry, 1981). En otras líneas de investigación han hallado estos resultados en personal de enfermería, encontrando mayor satisfacción en el trabajo, menor cansancio emocional y por lo tanto, niveles inferiores de manifestaciones de estrés asistencial (Ceslowitz, 1999; Greenglass y Burke, 2001).

Calderón y Gustems (2013) abordaron la relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico. Los resultados de sus estudios arrojaron que cuanto mayor es el uso de estrategias de afrontamiento (especialmente la solución de problemas y la adaptación), menor es la presencia de síntomas psicopatológicos. Por otro lado, un menor uso de estrategias de afrontamiento como la evitación cognitiva y la descarga emocional conllevan mayores niveles de malestar psicológico. De esa manera, las estrategias de afrontamiento obrarían como conductas preventivas frente al estrés psicológico. El estilo de afrontamiento y el bienestar psicológico están relacionados, concretamente, el afrontamiento de tipo proactivo orientado hacia la solución de los problemas tiene un efecto beneficioso sobre los síntomas de depresión, fobia y malestar psicológico.

Dentro del contexto sanitario, Perea-Baena y Sánchez-Gil (2008) llevaron a cabo una investigación realizada en Málaga con profesionales de enfermería de salud mental y satisfacción laboral, con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento empleadas por un grupo de profesionales de enfermería y comprobar cuáles de ellas correlacionan con satisfacción laboral. El estudio incluyó 44 enfermeras de salud mental de tres servicios del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Los resultados ponen de manifiesto que la mayoría de las enfermeras no usan estrategias de afrontamiento adaptativas, sin embargo existe correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas, como la resolución de problemas, y satisfacción laboral. Estos hallazgos sugieren la necesidad de formación y entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento.

Muñoz y Correa (2012) llevaron a cabo una investigación que tuvo como principal objetivo la identificación de la prevalencia del estrés asistencial en docentes y su posible relación con las estrategias de afrontamiento. Los resultados de presencia del estrés asistencial indican una prevalencia alta en el 16%, media en el 43% y baja en el 41% de la población. Las estrategias de afrontamiento que están relacionadas positivamente con el estrés asistencial son: búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional. Por otro lado, aquellas que están relacionadas negativamente son: búsqueda de alternativa, evitación comportamental, conformismo, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social.

Estos datos sugieren la importancia del afrontamiento, tal y como se deduce el modelo transaccional del estrés donde el afrontamiento es adaptativo cuando, según las características de una situación y teniendo en cuenta los recursos personales, el individuo logra evitar o reducir de forma significativa el grado de amenaza (Hernández-Mendoza et al., 2007; Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 2003). En general, las estrategias centradas en el problema son más efectivas y salutógenas que las centradas en la emoción. Concretamente, resolución

plantificada de problemas constituye una estrategia de afrontamiento más adaptativa que la evitación-huida o el enfrentamiento directo (Lazarus, 1991).

Marín, Esteban, Palma, Vega, Mestre y Fornés (2005) llevaron a cabo la evaluación de profesionales sanitarios en formación aquejados del estrés asistencial y demostraron que estos tienden al uso de estrategias de afrontamiento negativas, tienen una percepción de un peor estado de salud y presentan correlatos comportamentales asociados a cuadros de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos. Además, presentan correlatos comportamentales asociados a cuadros de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos. Las estrategias de afrontamiento ante el estrés más utilizadas fueron focalización en la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social que en la literatura aparecen como más adaptativas. Estas van seguidas de la estrategias de evitación, que según otros estudios, también es una de las más utilizadas, aunque esta última está considerada desadaptativa a largo plazo (Sandín y Chorot, 2003).

Contreras (2008) se interesó por el impacto del estrés asistencial en la calidad de vida, así como las variables socioeconómicas, en los estilos de afrontamiento. Para ello, reclutó 71 trabajadores de la salud (52,1% enfermeros y 47,9% auxiliares de enfermería). Entre los resultados, halló que la presencia de estrés asistencial era baja (22,5%) y que la calidad de vida se encontraba reducida en las dimensiones de vitalidad, dolor corporal y salud general. Por su parte, las estrategias más utilizadas fueron la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva. Entre los predictores del uso de estrategias de afrontamiento positivas se encuentran: la calidad de vida, la reducción en la severidad de los síntomas de estrés asistencial, pertenecer al género femenino, tener menor edad y ser enfermera.

Rothmann, Jorgensen y Hill (2011) concluyeron que existía una relación estadísticamente significativa entre el compromiso laboral del personal de enfermería, el

afrontamiento centrado en el problema, la reinterpretación positiva y el crecimiento. Alto afrontamiento, baja evitación y baja expresión de emociones predicen el compromiso psicológico en el trabajo. En el colectivo de policías, cuatro estrategias de afrontamiento predijeron mejor el compromiso psicológico en el trabajo: afrontamiento, búsqueda de apoyo social, la religión y baja expresión de emociones.

Paris y Omar (2009) realizaron un estudio para identificar las estrategias empleadas por los profesionales de la salud para afrontar el estrés asistencial y explorar su asociación con el bienestar subjetivo. Los análisis descriptivos y correlacionales indicaron que los médicos emplean estrategias focalizadas en la emoción con más frecuencia que los enfermeros. Al analizar la relación entre los estilos de afrontamiento y el compromiso, observaron algunas asociaciones interesantes entre ambas variables que indican que los profesionales que utilizan estrategias de resolución de problemas muestran mayor compromiso psicológico que quienes emplean estrategias más desadaptativas. Estas evidencias permiten inferir que ciertas estrategias de afrontamiento actúan con un efecto moderador del estrés laboral asistencial, ya que tanto las que persiguen la resolución de problemas (como la búsqueda de apoyo social) como las de distanciamiento son potenciadoras del compromiso psicológico.

Siguiendo esta línea de investigación que considera el estrés como proceso, el equipo de investigadores liderado por Kaiseler et al. (2014) estudió la relación entre el estrés y afrontamiento sobre los niveles de compromiso laboral (absorción, vigor y dedicación) entre aspirantes a policía. Se observó que los aspirantes comprometidos utilizan afrontamiento más activo pero menos estrategias adaptativas. Además, encontraron que los niveles de control de factor de estrés percibido eran más elevados y se sentían más comprometidos en su trabajo. Aunque las tres dimensiones del compromiso psicológico laboral fueron explicadas

por el control del estrés y el afrontamiento, la absorción era la dimensión que explicaba mejor estas variables. Los aspirantes de la policía informan el uso de afrontamiento más activo y menor desconexión conductual. Los resultados mostraron que la evaluación del estrés y de afrontamiento son variables importantes en el compromiso psicológico laboral entre los policía reclutas. El análisis de regresión mostró que el control de estrés y algunas estrategias de afrontamiento predijeron asociación en las tres subescalas del compromiso psicológico en el trabajo entre los reclutas de la policía. Al analizar las estrategias de afrontamiento como predictoras del compromiso psicológico en el trabajo, se encontró que el uso de afrontamiento más activo y mayor compromiso predijo una mayor absorción, vigor y dedicación entre reclutas de la policía. Esto apoya la idea de que un sentido de control sobre un evento específico juega un papel importante en el proceso de estrés.

Otros estudios relacionados con la salud-enfermedad y los estilos de afrontamiento indican que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986). Este modo de afrontamiento se ha relacionado con niveles altos de estrés asistencial (Burke, 1998; Burke y Greenglass, 2000).

El estudio de recursos personales ligados al desarrollo del estrés asistencial queda justificado por el papel desempeñado por estas como moderadores de la relación entre estrés y sus consecuencias sobre la salud (Cohen, 1989). Delimitar cuáles son las estrategias protectoras frente a los efectos adversos del estrés laboral puede ayudar a iniciar programas de prevención y de intervención, en los que el moldeamiento de estas variables contribuya a reducir la prevalencia del síndrome de estrés asistencial en las organizaciones de la salud. En un estudio acerca del estrés asistencial en el colectivo de trabajadores de residencias de

acogida de menores puso de manifiesto la existencia de una elevada tasa del síndrome en la muestra (Jenaro-Rio, Flores-Robaina y González-Gil, 2007).

Siguiendo esta línea de investigación, Sepúlveda, Romero y Jaramillo (2012), al igual que para esta investigación, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE), con el objetivo de identificar si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes. Se identificó depresión en 39.6%, ansiedad en 25.6% y ambas coexistieron en 21.4%. Se encontró asociación entre la ansiedad y el tipo y grado de la residencia. Dos de las subescalas de afrontamiento pasivas se asociaron con depresión y tres de ellas con ansiedad. La presencia de síntomas depresivos y ansiosos es frecuente entre los residentes. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son de predominio mixto.

Rivas, Jiménez, Méndez, Cruz, Magaña y Victorino (2013) realizaron un estudio para evaluar la frecuencia e intensidad del estrés en los estudiantes de enfermería y las reacciones estresantes física, psicológica, conductuales y estrategias de afrontamiento. Los resultados indican que el estrés está presente en las actividades diarias y depende de cada uno percibirlo de forma positiva o negativa, por ello es importante el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento. Descubrieron que los estudiantes de licenciatura en enfermería presentan estrés académico poco frecuente, pero con una intensidad moderada. Respecto al tipo de estrategia de afrontamiento que más utilizan los estudiantes para el manejo del estrés destaca la búsqueda de información.

#### **4. El estrés asistencial y el compromiso psicológico**

El compromiso psicológico en el trabajo se ha considerado como un constructo teóricamente opuesto al estrés asistencial. Al contrario de los que sufren el estrés asistencial,

las personas comprometidas (compromiso psicológico), están conectadas enérgicamente con el trabajo, y se ven capaces de combatir con las demandas que se presentan (Schaufeli y Bakker, 2003).

Las investigaciones que relacionan estrés asistencial con compromiso psicológico son muy abundantes, tanto con muestra compuesta por estudiantes (Caballero, Abello y Palacio, 2007; Extremera, Durán y Rey 2007b; Manzano, 2002; Martínez y Salanova, 2003; Schaufeli et al., 2002a; Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005a) y en muestras de trabajadores de distintas organizaciones (Lorente, Salanova, Martínez y Schaufeli, 2008; Salanova et al., 2000; Salanova et al., 2005; Salanova y Schaufeli, 2008; Salanova y Llorens, 2009).

El compromiso psicológico es asumido como una variable protectora frente a la posibilidad de presentar estrés asistencial (Csikzentmihalyi, 1990; Hallberg y Schaufeli, 2006; Kahn, 1990; Strumpfer, 2003). En relación a la presencia de compromiso psicológico laboral, se observa que no excluye la posibilidad de la existencia de niveles de estrés asistencial (Schaufeli y Bakker, 2004; Shimazu y Schaufeli, 2009) y apoya el planteamiento que considera el compromiso psicológico laboral como un concepto contrario pero no excluyente de los estados de estrés ocupacional, en especial del estrés asistencial (Schaufeli y Bakker, 2004; Shimazu y Schaufeli, 2009).

Esta línea de investigación fue propuesta por Maslach y Leiter (1997). Según estos autores, el compromiso psicológico y el estrés asistencial constituyen los polos opuestos de un continuo llamado bienestar laboral. Este enfoque ha sido utilizado en distintas investigaciones realizadas con personal de enfermería (Maslach y Leiter, 2008; Moreno-Jiménez et al., 2012; Laschinger, Wong y Greco, 2006; Laschinger y Finegan, 2005).

Garrosa, Moreno, Rodríguez y Sanz (2008) llevaron a cabo una investigación en la que relacionaron el estrés de rol y la competencia emocional con el desgaste profesional y el compromiso psicológico en profesionales y estudiantes de enfermería en diversos hospitales del Madrid. Los resultados apuntaban que el estrés de rol está más relacionado con el desgaste profesional y el compromiso psicológico con la competencia emocional, principalmente con la empatía. Tanto el estrés de rol como las habilidades de competencia emocional estaban relacionados con el desgaste profesional y el compromiso psicológico, respectivamente.

Cao (2015), con el propósito de explorar el efecto mediador del compromiso organizacional en la correlación entre el autoconcepto profesional y estrés asistencial en enfermeras de salud de la comunidad Chengdu, China. Los resultados indican que las puntuaciones medias para el cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal fueron significativamente mayores. En la conclusión señalan que la percepción positiva del autoconcepto profesional puede resultar en una reducción estrés crónico asistencial mediante la mejora de compromiso con la organización.

Bresó y Gracia (2007) en un estudio realizado sobre una muestra de 602 estudiantes universitarios y 349 empleados del sector hostelero de la Comunidad Valenciana y Baleares intentaron determinar el compromiso psicológico mediante la comparación de la estructura psicométrica de la medida del compromiso psicológico en ambos colectivos. Por otro lado, testaron la relación existente entre el compromiso psicológico y la eficacia académica y profesional de las muestras mediante el MBI-GS. Los datos confirmaron, por un lado, que el compromiso psicológico tanto de empleados como de estudiantes posee una estructura tridimensional que comparte similares cargas factoriales. Por otro lado, los estudiantes exhibían un patrón similar al de los empleados respecto a los niveles de compromiso

psicológico relacionados de forma positiva con la eficacia académica. Los resultados indicaron una correlación positiva y estadísticamente significativa de cada una de las dimensiones del compromiso psicológico (vigor, dedicación y absorción), con la eficacia académica y profesional, respectivamente. Estos resultados llevaron a los autores a plantear en futuros estudios el desarrollo de estrategias de intervención que maximicen el compromiso psicológico que mejore la eficacia académica de los estudiantes.

En estudios relacionados con el compromiso psicológico, se observan que las puntuaciones altas en los dominios de vigor y dedicación permiten predecir un estado mental positivo de compromiso, persistencia y entusiasmo relacionado con el trabajo. Un nivel en el dominio absorción medio permite suponer que los trabajadores se encuentran satisfechos y logran concentrarse en el cumplimiento de sus responsabilidades. Los niveles de riesgo psicosocial intralaboral se encuentran asociados a respuestas ligadas al estrés ocupacional. Esta observación apoya el planteamiento que considera el compromiso psicológico en el trabajo como un concepto contrario y no directamente excluyente de los estados de estrés ocupacionales, en especial del estrés asistencial en el trabajo, pues se corrobora que la presencia de uno no necesariamente significa la ausencia del otro. En otras palabras, las respuestas de estrés que se pueden dar ante la presencia de niveles altos de riesgos psicosociales intralaborales no implican la ausencia de compromiso, satisfacción, dedicación y entrega hacia el trabajo (Salanova et al., 2000; Shimazu y Schaufeli, 2009). Por todo ello, parece existir acuerdo en considerar los recursos organizacionales como las principales variables asociadas y predictoras del compromiso psicológico (Bakker et al., 2005a; 2005b; Mauno et al., 2007; Richardsen et al., 2006; Salanova et al., 2005b).

Pando, Aranda, Zambrano y López (2011) llevaron a cabo un estudio sobre factores psicosociales de riesgo, estrés asistencial y compromiso psicológico en el trabajo. Estos

autores encontraron asociaciones significativas entre el estrés asistencial y el compromiso psicológico. El vigor se encuentra vinculado a las condiciones del trabajo, y la remuneración del rendimiento con las puntuaciones en la esfera de la dedicación. La absorción estuvo asociada con la carga de trabajo, mientras que el contenido y características de la tarea se relaciona con remuneración del rendimiento. Los autores concluyeron que la calidad de los factores psicosociales incide en la presencia de estrés asistencial y el compromiso psicológico en el trabajo.

Joseph y Newman (2010) consideran el estrés asistencial y el compromiso psicológico opuestos. Plantearon que debida a la naturaleza de un Centro de Salud y sus demandas relacionadas al trato directo con personas enfermas pudiera desarrollarse el estrés asistencial en una parte de los trabajadores y en otros expresarse el compromiso psicológico.

En el estudio realizado por Bravo (2013), en relación a los predictores de compromiso psicológico académico en estudiantes de Odontología, con el objetivo de determinar cómo influyen el nivel de estrés percibido y el grado de estrés asistencial en el nivel de compromiso psicológico académico, los resultados del análisis de regresión revelaron que la falta de realización personal (dimensión del estrés asistencial) fue la variable con mayor poder predictivo y, además, fue la única dimensión que predijo significativamente todas las variables evaluadas.

Una investigación reseñable fue la realizada por Viejo et al. (2013) en la que se consideró la presencia de estrés laboral, el estrés asistencial y compromiso psicológico en personal de enfermería. Los resultados reportados apuntan a la tendencia del personal de enfermería a presentar tanto estrés laboral como estrés asistencial, pero con una respuesta positiva hacia los estresores.

Por su parte, Moreno-Jiménez et al. (2012) examinaron el papel de las variables personales en la predicción del compromiso psicológico y el estrés asistencial; el control y el compromiso de los trabajadores tienen un papel moderador entre estrés de rol, el vigor y agotamiento.

Acerca de efecto del estrés asistencial y el compromiso psicológico en los profesores de primaria y secundaria, el aumento de la edad se encuentra directamente relacionado con el aumento de la sintomatología de estrés asistencial y con el descenso del compromiso psicológico. Tanto los más jóvenes como los de mayor edad (de 22 a 38 y de 48 a 64 años, respectivamente) son quienes presentan mayores porcentajes de alto compromiso psicológico (Agudo, 2011). En cuanto al compromiso psicológico, también coinciden los hallazgos con otras investigaciones que señalan correlaciones negativas entre los componentes de compromiso psicológico y estrés asistencial, afirmando que compromiso psicológico puede ayudar a evitar la presencia de estrés asistencial severo (Agudo, 2011).

Garrosa, Moreno, Rodríguez y Rodríguez (2011) examinaron la influencia del estrés de rol y recursos personales (optimismo, personalidad resistente y competencia emocional) en enfermería en el agotamiento y dimensiones de compromiso. Los datos obtenidos de una muestra de 508 enfermeras de los hospitales generales en Madrid (España) mostraron que el papel del estrés como los recursos personales estaba relacionado con el agotamiento y dimensiones de compromiso, aunque el estrés estrechamente relacionado con el desgaste de enfermería, mientras que los recursos personales fue más estrechamente relacionado con la participación de enfermería. Además, el optimismo como un recurso personal, mostró un efecto moderador sobre el agotamiento y las tres dimensiones del compromiso.

Los datos reportados de los estudios señalan que los empleados que experimentan compromiso psicológico, además de los elevados niveles de energía, son entusiastas de su

trabajo y están inmersos en su labor de modo que el tiempo transcurre sin darse cuenta (Macey y Schneider, 2008; May, Gilson y Harter, 2004). Una puntuación media en compromiso psicológico permite suponer que los profesionales de enfermería se encuentran moderadamente satisfechos y logran concentrarse en el cumplimiento de sus responsabilidades (Salanova et al., 2000; Shimazu y Schaufeli, 2009).

Las empresas precisan considerar los aportes provenientes desde el campo de la investigación organizacional ya que una concentración en la promoción del compromiso psicológico coloca a las organizaciones en una situación de menor riesgo y mayores posibilidades de éxito en los procesos de cambio (Kompier, Cooper y Geurts, 2000). A este respecto, se ha señalado como línea de actuación prioritaria la focalización en estos aspectos laborales positivos ya que pueden motivar más los empleados a participar y que suelen mostrar más entusiasmo por mejorar su trabajo (Leiter y Maslach, 2009). En esa línea, Lisbona et al. (2009) plantearon que la experimentación de compromiso psicológico por parte de los empleados conlleva aplicar conocimientos y capacidades en el trabajo, además de un mayor grado de compromiso con las tareas que llevan a cabo.

Existen estudios que demuestran el desigual impacto del estrés asistencial en los distintos países. En Estados Unidos, los profesionales de la salud presentan las medias más altas de estrés asistencial entre distintas profesiones (Román, 2003). En un estudio realizado en la atención primaria de salud en España, se encontró que más de un 30% de los encuestados reportaba alto cansancio emocional y alta despersonalización, mientras que casi una cuarta parte de los encuestados reportaba una acusada falta de realización personal (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001).

En el estudio realizado con una muestra proveniente del ámbito profesional de la salud, Humphrey, Curran, Morris, Farres y Woods (2007) reportaron la relación directa entre

los años totales trabajados con el nivel de compromiso laboral general. Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa pero inversa entre los años totales trabajados con el nivel de agotamiento emocional, lo que indica que los sujetos que han trabajado más tiempo en el sistema de salud se sienten menos agotados y son menos cínicos en su desempeño laboral. Los resultados sugieren que es cada vez más evidente que el éxito general y el bienestar en la adultez puede ser consecuencia del aprendizaje temprano en la utilización de las habilidades sociales y emocionales.

Menezes de Lucena et al. (2006), en su estudio sobre cuidadores formales de ancianos, abordaron la relación entre la resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico. Los resultados arrojaron que las escalas de agotamiento emocional y de cinismo se encontraban negativa y significativamente relacionadas con las tres escalas de compromiso psicológico (vigor, dedicación y absorción), mientras que la escala de eficacia estaba en relación con las tres escalas. Estos resultados están en consonancia con los hallados en otras investigaciones que reportaron una correlación negativa entre estrés asistencial y compromiso psicológico, dentro de lo cual se mostró que el agotamiento, un elemento central del estrés asistencial, es el menos relacionado con el compromiso psicológico, mientras que la competencia percibida emerge como un elemento altamente relacionado (Agudo, 2011; Schaufeli et al., 2002; Manzano, 2002).

## **5. Salud psicosocial y compromiso psicológico**

En términos generales, las alteraciones y disminución de bienestar psicológico en el trabajo son una constante en los profesionales de la salud (Peiró, 2004). Los profesionales de enfermería muestran cierta vulnerabilidad psíquica (Boada i Grau, Agulló y De Diego, 2004; Escribá, Mas, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000; García Izquierdo, Saéz Navarro y Llor

Esteban, 2000; Gil-Monte, 1996a; 1996b; Godoy Izquierdo, Godoy, López Torrecillas y Sánchez Barrera, 2002; Lobo, Pérez Echevarría y Artal 1986b; Marín et al., 2005b; Santamaría y Soto, 2005).

El compromiso psicológico en el trabajo está asociado al aumento de los niveles de salud (Demerouti et al., 2001b). En diferentes investigaciones se han encontrado resultados de correlaciones significativas entre variables de compromiso organizacional y bienestar psicológico e incluso en la posibilidad de que algunos componentes del bienestar producen impacto en el compromiso (Mañas, Salvador, Boad y Agullo, 2007; Pienar y Sharron, 2008).

El compromiso psicológico tiene consecuencias positivas para la salud, tanto del trabajador como de las organizaciones (Richardsen et al., 2006; Schaufeli y Bakker, 2004). Además, ha sido señalado como un elemento importante para el desarrollo de las organizaciones saludables (Bakker et al., 2011).

Siguiendo esta línea de investigación, respecto a la relación predictora entre el compromiso psicológico laboral y el estado general de salud, los resultados no indican relación alguna (Hernández Mendoza et al., 2007; Orejudo y Froján, 2005).

Langelaan, Bakker, Van Doornen y Schaufeli (2006) examinaron la relación entre el estrés asistencial, compromiso psicológico y el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA). El eje HHA constituye el mecanismo central en la adaptación a largo plazo de un individuo a su medio ambiente. Los investigadores no hallaron diferencias significativas entre un grupo con estrés asistencial y otro con compromiso psicológico con respecto a los niveles de cortisol matutino, el comienzo de la respuesta de cortisol, los niveles de deshidroepinandrosteron (DHEA), ni relación entre el cortisol y el DHEA.

Schaufeli y Bakker (2004) encontraron que los trabajadores con compromiso psicológico padecían menos dolores de cabeza, problemas cardiovasculares y molestias estomacales. Igualmente, Shirom (2003) señala que el vigor, componente clave del compromiso psicológico, se relaciona positivamente con la salud física y mental. Siguiendo esta línea de investigación hay evidencia empírica que soporta el rol beneficioso del compromiso psicológico en los niveles de salud, en concreto, bajos niveles de depresión y tensión nerviosa (Schaufeli y Bakker, 2003) y menores quejas psicosomáticas (Demerouti et al., 2001a; 2001b).

En estudios realizados por diferentes autores (García Izquierdo et al., 2000; Grau, 2007; Piko, 2006) encuentran que la dimensión de cansancio emocional es la que obtiene una asociación más intensa con la presencia de una peor salud percibida. De acuerdo con los hallazgos de Gil-Monte (1996a; 1996b), la dimensión de cansancio emocional del estrés asistencial es la más relevante respecto a su asociación con la presencia de síntomas de malestar psíquico, especialmente síntomas de ansiedad e insomnio.

## **6. Organización saludable y Compromiso psicológico**

A lo largo de los últimos años se han incrementado los estudios que emplean un enfoque más positivo que intenta identificar factores protectores del bienestar profesional y personal del trabajador, focalizando los esfuerzos en explicar por qué hay trabajadores y organizaciones que gozan de una mayor energía positiva en relación con el trabajo, así como la manera de conseguirlo (Blanch et al., 2010; Carrasco et al., 2010; Díez y Dolan, 2008; Dolan, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009). Las organizaciones saludables, además de intentar optimizar la salud de los empleados, también centran sus esfuerzos en disminuir el malestar

de los empleados y sus equipos de trabajo tal como propone la Psicología de la Salud Organizacional Positiva (Salanova y Schaufeli, 2009).

De esta manera, resulta fundamental para las organizaciones que se realice una gestión adecuada, tanto en términos de la distribución y asignación del trabajo, como del clima y la cultura organizacional, que incluya fomentar interacciones humanas satisfactorias, teniendo en cuenta la influencia de las mismas en los factores que facilitan capacidad de cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización (Shimazu y Schaufeli, 2009; Ulrich, 2010). Esta idea es respaldada por investigaciones que han señalado el compromiso psicológico como un factor positivo respecto a la disponibilidad de recursos en el trabajo, específicamente en aquellos que tienen la capacidad de reducir las demandas laborales y que permiten el cumplimiento funcional de logros. Estos factores permiten el crecimiento personal, la satisfacción, el aprendizaje y desarrollo profesional (Shimazu y Schaufeli, 2009; Xanthopoulou et al., 2009).

Las prácticas organizacionales despliegan estrategias destinadas a que la organización logre sus objetivos (Wright y McMahan, 1992). Esto significa que las organizaciones ponen en marcha diferentes acciones para mejorar su eficiencia y efectividad, las cuales pueden tener impacto en los trabajadores y la salud psicosocial (Fredrickson y Dutton, 2008; Salanova, 2008b). Por ejemplo, en un estudio realizado con el propósito de identificar la influencia de las prácticas organizacionales saludables en el compromiso psicológico, evidenció que las prácticas incrementan los efectos positivos de sus empleados con el trabajo, expresados a través del vigor, dedicación y absorción (Acosta, Salanova y Llorens, 2012).

Entre las prácticas organizacionales saludables se encuentran el equilibrio familia-trabajo, la igualdad, el trato recibido por la organización, el clima, la toma de decisiones y la calidad de la supervisión (Smith, Kaminstein y Makadok, 1995). El objetivo de las

organizaciones saludables es conseguir el buen funcionamiento de la empresa en su conjunto. Para conseguir los objetivos las prácticas más utilizadas son: la captación, desarrollo y retención de trabajadores saludables y comprometidos. La salud y el bienestar psicosocial de los empleados es el mecanismo psicológico a través del cual las organizaciones saludables consiguen sus resultados, ya que se entienden organizaciones saludables como aquellas que cuidan de sus empleados, y ese cuidado tiene que ver con el mantenimiento y la optimización de su bienestar (Salanova, 2009).

En el estudio de Xanthopoulou et al. (2009) se concluyó que el capital psicológico explica un porcentaje significativo en las puntuaciones de compromiso psicológico, y que el capital psicológico ayuda a controlar las situaciones laborales conflictivas y los trabajadores muestran una mayor orientación al bienestar laboral. Schaufeli y Salanova (2007) apuntan que algunas de las posibles consecuencias del compromiso psicológico incluyen actitudes positivas al trabajo, salud individual y conducta de pertenencia organizacional. Al comparar las personas más comprometidas con su trabajo con las menos comprometidas, las primeras tienen más satisfacción con su trabajo, más responsabilidad con el mismo y tienen menos ganas de cambiar de empleo (Christian y Slaughter, 2007; Schaufeli y Salanova, 2007).

## **PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA**



## 1. Justificación del estudio

En este estudio se pretenden identificar algunos de los factores protectores a partir de las características psicosociales individuales, organizacionales y extralaborales que más protegen a los profesionales de enfermería en situaciones de estrés continuo, es decir, a aquellos trabajadores saludables. A partir de los datos obtenidos se analizará en qué medida las variables personales como el uso de las estrategias de afrontamiento (*coping*) tienen un papel moderador en el desarrollo de los niveles del estrés asistencial (*burnout*) que contribuyen a mejorar el estado de la salud psicosocial del profesional de enfermería y a su vez sean facilitadoras de los niveles del compromiso psicológico en el trabajo (*engagement*). Estos factores contribuyen a mejorar la visión del profesional sobre percepción de pertenencia en la organización saludable (*health management*) (Eriksson y Lindström, 2005; Moos y Holahan, 2003; Schaufeli et al., 2003).

El objetivo principal de esta investigación es la descripción de las variables psicosociales positivas laborales y extralaborales, las variables personales más relevantes como el uso de estilos de afrontamiento que se encuentran implicadas en el desarrollo del compromiso psicológico y su papel moderador en los niveles del estrés asistencial y en el estado de salud psicosocial del profesional de enfermería.

A partir de la idea reflejada en el objetivo principal, existen distintos motivos por los que la presente investigación tiene especial relevancia:

- No se ha abordado desde la perspectiva de la Psicología Positiva en hospitales públicos de Bizkaia.
- Los estudios previos se centran en aspectos parciales del estrés asistencial sin considerar conjuntamente el efecto interactivo de variables personales, como los estilos

de afrontamiento, variables de salud y la percepción de permanecer en una organización saludable, respecto al compromiso psicológico laboral.

- A pesar de la relevancia de los factores psicosociales, la organización no dispone de un equipo de profesionales que ofrezcan contención y apoyo psicológico a los profesionales de enfermería.
- Existe una ausencia de programas a nivel organizacional que ofrezcan información sobre los nuevos conceptos de organización saludable y sus consecuencias en el bienestar psicosocial de los profesionales de enfermería.
- No hay programas de intervención psicosocial positiva dirigidas al cuidado y mejora de recursos personales, como entrenamiento en los estilos de afrontamiento o recursos personales para potenciar el compromiso psicológico en los profesionales de enfermería a través de recursos psicológicos positivos.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

El objetivo general es identificar los niveles de compromiso psicológico general y de las variables relacionadas con este constructo, como los factores psicosociales laborales y extralaborales, los estilos de afrontamiento, el estrés asistencial, el estado general de salud en las cuatro categorías de profesionales de enfermería en activo y en formación. Otra meta es realizar una valoración en la exposición de factores psicosociales laborales y extralaborales (factores protectores) y determinar el papel moderador de las estrategias de afrontamiento (recursos personales protectores) en los niveles del estrés asistencial sobre la percepción del estado de salud y su expresión en los niveles de compromiso psicológico laboral. Se

consideran como variables intervinientes el sexo, edad, categoría profesional, servicios especiales, relación de empleo y la antigüedad en trabajadores de enfermería de varios hospitales públicos de Bizkaia.

## **2.2. Objetivos específicos**

A partir del objetivo general se establecen los siguientes objetivos específicos:

**Objetivo 1.** Diseñar y validar un cuestionario de aspectos psicosociales organizacionales y extralaborales. Este instrumento se denomina Inventario de Aspectos Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS).

**Objetivo 2.** Describir las variables de tipo sociodemográfico y laboral y los niveles de factores psicosociales, los estilos de afrontamiento, estrés asistencial, el estado general de salud y el compromiso psicológico en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación.

**Objetivo 3.** En relación a las variables de categoría profesional y sociodemográficas como: género, edad, tipo de servicio (especial u hospitalización), relación de empleo y la antigüedad, en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación, identificar y comparar los niveles de cada una de las dimensiones del inventario de factores psicosociales, el uso de estilos de afrontamiento, el estrés asistencial, el estado general de salud y compromiso psicológico y determinar si existen diferencias.

**Objetivo 4.** Identificar y analizar la relación que tienen las estrategias de afrontamiento sobre cada una de las subescalas del compromiso psicológico y estrés asistencial e identificar la presencia de diferencias significativas entre los grupos de profesionales en activo y en formación.

**Objetivo 5.** Explorar y analizar la asociación entre los niveles del compromiso psicológico y cada una de sus dimensiones del IFPOS, estilos de afrontamiento, el estrés asistencial y la percepción del estado general de salud; además, identificar para cada una de las variables analizadas aquellas variables predictoras del compromiso psicológico en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y en formación.

**Objetivo 6.** Describir el grado de percepción de pertenencia a una organización saludable en el colectivo de enfermería en activo y en formación.

### **3. Hipótesis de trabajo**

A partir de los objetivos específicos se plantean seis hipótesis con las que se pretende identificar la relación entre los factores psicosociales organizacionales y extralaborales, estrategias de afrontamiento, el estrés asistencial y la percepción del estado general de salud, sexo, edad, categoría profesional, servicio, relación de empleo y la antigüedad en los trabajadores de enfermería con el compromiso psicológico en el trabajo y sus tres dimensiones.

#### **3.1. Hipótesis**

Considerando los objetivos específicos se plantean las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1.** Hay diferencias en los niveles de cada una de los subfactores del cuestionario de factores psicosociales, en el uso de estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud y compromiso psicológico en el trabajo en los profesionales de enfermería en relación a la categoría (en activo y en formación).

**Hipótesis 2.** Existen diferencias en los niveles de cada una de los subfactores del cuestionario de factores psicosociales (IFPOS) en el uso de estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud y compromiso psicológico en el trabajo en los profesionales de enfermería en relación a la edad, antigüedad, sexo, turno, servicio y relación de empleo.

**Hipótesis 3.** El uso de estrategias activas de afrontamiento de los profesionales de enfermería en (en activo y en formación) tiene efectos facilitadores en el compromiso psicológico.

**Hipótesis 4.** El nivel de compromiso por parte de los profesionales de enfermería, tanto en activo como en formación, tiene efectos inhibidores del estrés asistencial.

## **4. Metodología**

### **4.1. Diseño**

El diseño seguido fue exploratorio, descriptivo, comparativo y de corte transversal, puesto que la recogida de datos se realizó una única vez por cada sujeto, en un momento establecido y en una población concreta, en los meses de marzo, abril y mayo, junio, julio y agosto de 2010; febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2011; octubre y noviembre de 2011.

A continuación se detallan las características de la muestra, la descripción de las variables psicosociales y de los instrumentos de evaluación, así como el procedimiento de la recogida de datos.

## **4.2. Participantes**

En este estudio se diferencian las características personales, la categoría, el nivel de formación, el tiempo trabajado, la unidad o servicio en el que trabajan o en la que se realizan las prácticas, la formación, la motivación y las expectativas, el grado de compromiso y los valores y las creencias.

### **4.2.1. Descripción de la muestra.**

La muestra está conformada por enfermeras y auxiliares de enfermería, personal activo y estudiantes en formación, respectivamente. Para contar con una muestra representativa se accedió a cada uno de los colectivos que se encontraban en las unidades de hospitalización y los servicios especiales de dos hospitales de la provincia de Bizkaia, el Hospital Universitario Basurto y el Hospital Galdakao-Usansolo. El contacto con los estudiantes fue a través de los hospitales, de la Escuela de Enfermería para el caso de los estudiantes de tercer curso y del Instituto Urbi de Basauri en el caso de los estudiantes de auxiliar de enfermería de segundo curso.

El número total de la población de personal de la salud del Hospital Universitario Basurto fue de 838 enfermeras, 411 auxiliares de enfermería, 195 enfermeras en formación y de 95 auxiliares en formación (Memoria Hospital de Basurto, 210). El número de la población de personal sanitario del Hospital Galdakao-Usansolo fue de 427 enfermeras, 275 auxiliares de enfermería en activo, 74 enfermeras en formación y 32 auxiliares en formación (Memoria Hospital de Galdakao-Usansolo, 2010).

En relación al número de estudiantes de tercer curso de enfermería en proceso de formación de la Universidad de Leioa/EHU y que han realizado prácticas, fue de un total de 181 personas. Por último, la muestra compuesta por estudiantes de auxiliares de enfermería

de segundo curso y que han realizado prácticas para el conjunto de los centros se compuso de 175 personas.

Los criterios de inclusión fueron: a) realizar la actividad en el ámbito sanitario; b) trabajar en unidades de servicios especiales (urgencias, reanimación y cuidados intensivos) y hospitalización; c) haber trabajado un período mínimo de tres meses; y d) haber realizado las prácticas para los estudiantes en formación.

Los criterios de exclusión fueron: a) desear no participar en el estudio; b) no haber trabajado tres meses; c) no haber realizado las prácticas correspondientes; y d) no responder más del 50% de las preguntas formuladas en los cuestionarios.

La muestra de la población de los profesionales que participan en la investigación de forma anónima y voluntaria se obtuvo en el Hospital de Basurto, del Hospital de Galdakao-Usansolo y de la Escuela de Enfermería de la UPV de Bizkaia. La muestra del estudio está compuesta por 260 profesionales de enfermería. Por procedencia, a continuación se muestra la descripción de la muestra total de cada uno de los hospitales y que desglosa en las cuatro categorías (ver Tabla 10).

Tabla 10

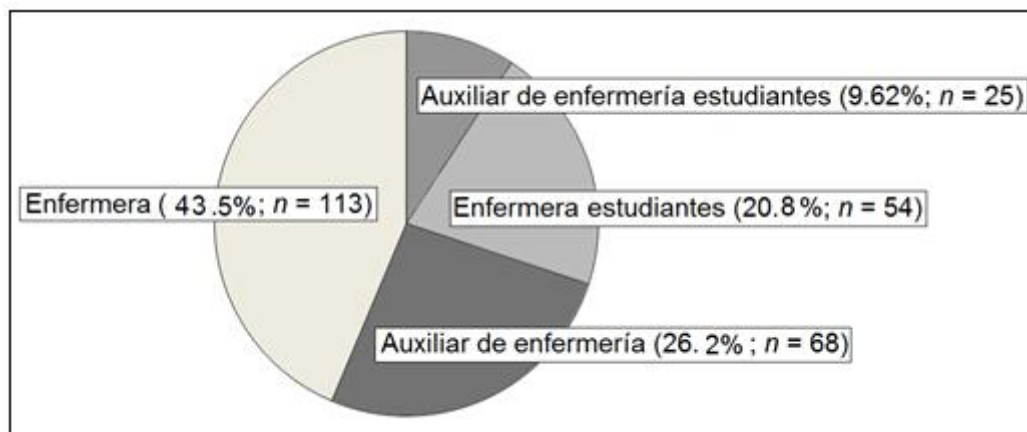
*Distribución de la muestra por hospital desglosado por categoría profesional*

|          |             | Categoría profesional |       |                 |       |                 |       |                      |       |
|----------|-------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|----------------------|-------|
|          |             | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est. aux. enfermería |       |
| N / %    | (n = 260)   | (n = 113)             | 43.5% | (n = 68)        | 26.2% | (n = 54)        | 20.8% | (n = 25)             | 9.6%  |
| Hospital | n total %   |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| HospBas  | 147 / 56.5% | 62                    | 54.9% | 41              | 60.3% | 41              | 75.9% | 3                    | 12.0% |
| HospGal  | 113/ 43.5 % | 51                    | 45.1% | 27              | 39.7% | 13              | 24.1% | 22                   | 88.0% |

*Nota:* HospBas = Hospital Universitario Basurto; HospGal = Hospital Galdakao-Usansolo.

En el Gráfico 1, se detalla la muestra total y desglosa en las cuatro categorías

Gráfico 1. Distribución de la muestra en función de la categoría.



Atendiendo a la variable del género, el 88.5 % de la muestra son mujeres mientras que el 11.5% hombres. Sobre la distribución de la edad de los participantes la edad media fue de 36 años y su desviación típica de 12.02. Los intervalos de edad se distribuyen entre los 17 y 62, la mínima y máxima, respectivamente.

Por categoría, la distribución de la muestra se describe de la siguiente manera (ver Tabla 11).

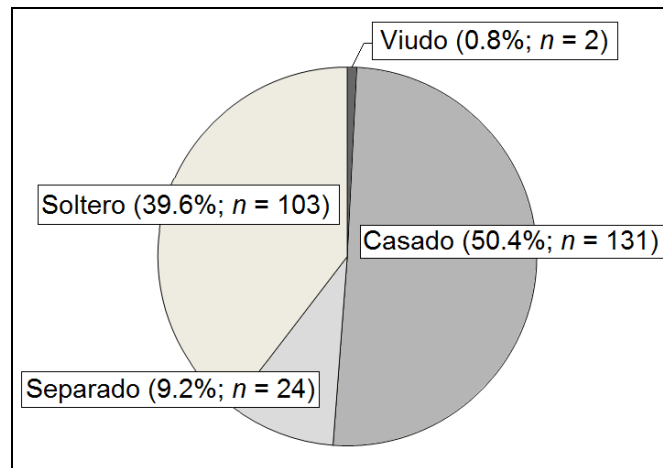
Tabla 11

*Distribución de la muestra en función de la edad media e intervalo de edad en la muestra de trabajadores por categoría*

|                      | Media | Desviación típica | Intervalo de edad |
|----------------------|-------|-------------------|-------------------|
| Enfermeras           | 38.51 | 9.14              | 21-56             |
| Aux. enfermería      | 46.47 | 7.53              | 25-62             |
| Est. enfermería      | 23.30 | 5.47              | 19-48             |
| Est. aux. enfermería | 23.96 | 9.55              | 17-54             |

En el Gráfico 2, se detalla el porcentaje de la distribución de la muestra total en relación con el estado civil la muestra total.

Gráfico 2. Distribución de la muestra en función del estado civil.



#### 4.3. Variables

Las características individuales y la influencia de los aspectos psicosociales laborales y extralaborales, el estrés asistencial y el compromiso psicológico tienen un papel determinante sobre el tipo de respuesta que el sujeto otorga ante una situación que percibe como amenazante, desafiante o dañina. Para este estudio se analizaron las siguientes variables: a) variables relacionadas con aspectos psicosociales positivos laborales y extralaborales, variables relacionadas con el estrés asistencial, variables sociodemográficas, laborales, hábitos de consumo y de ocio y estado de ánimo en el momento que se pasa el cuestionario. Estas variables incluyen variables tanto cualitativas como cuantitativas; b) variables moderadoras: estilos de afrontamiento; c) variables dependientes: el compromiso psicológico; y d) variables relativas a la percepción de organización saludable.

#### **4.3.1. Variables sociodemográficas y laborales.**

##### *a) Aspectos psicosociales positivos laborales y extralaborales*

##### *Definición conceptual*

Los factores protectores son las características personales o elementos del ambiente o la percepción sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar psicosocial. Ante los efectos negativos del estrés disminuye la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar (Moos y Holahan, 2003). Los aspectos psicosociales son las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud del trabajador (física, psicológica y social) (Taub et al., 2009).

##### *Definición operacional*

La caracterización operacional se realiza mediante el cuestionario sobre factores psicosociales de elaboración propia que recoge los aspectos psicosociales que puede tener la organización sanitaria. Agrupado en diez factores con un total de 255 ítems, se evalúa mediante las respuestas de una escala Likert de 5 puntos, que va desde (0) nada, (1) un poco, (2) moderadamente, (3) mucho y (4) muchísimo. Los datos sobre factores psicosociales recogen información relativa a las siguientes condiciones:

- Factores propios de la profesión: 1) tipo de cliente, tarea; 2) ambiente-contexto; 3) valores; y 4) creencias (total 30 ítems).

- Factores de relación interpersonal: 1) comunicación; 2) relación de grupo; 3) confianza; 4) sentimientos; 5) reconocimiento de afecto y valoración; y 6) apoyo social (total 32 ítems).
- Factores organizacionales y laborales: 1) clima y cultura laboral; 2) planificación organizacional; 3) contrato, turnos y horarios; y 4) promoción y desarrollo profesional (total 33 ítems).
- Factores personales: 1) autopercepción y autoconcepto; 2) aspectos cognitivos y perceptual; y 3) interacción social (total 18 ítems).
- Habilidades interpersonales: 1) retos; 2) competencias de comunicación; 3) toma de decisiones; y 4) compromiso (total 19 ítems).
- Competencias interpersonales: 1) nivel individual; 2) nivel cognitivo; 3) nivel social; y 4) autocontrol de la conducta respecto a (total 21 ítems).
- Factores sobre los recursos tecnológicos propios de la profesión e informática: 1) material propio de la profesión; y 2) aparatos informáticos (total 14 ítems).
- Factores relacionados con la gestión y administración: 1) propios de la unidad y 2) relación con el cliente interno (total 16 ítems).
- Factores ambientales: 1) diseño del entorno; 2) iluminación; 3) ventilación; 4) temperatura; 5) ruido; y 6) exposición a riesgos laborales (total 25 ítems).
- Factores psicosociales extralaborales: 1) duelo; 2) salud; 3) interacción socio-familiar; 4) laboral; 5) peligro; 6) economía; y 7) transporte (total 47 ítems).

*b) Variables sociodemográficas y laborales, de ocio y de consumo*

*Definición conceptual*

Los datos sociodemográficos recogen información relacionada con las características que incluyen las variables personales del individuo (edad, el sexo, estado civil), variables sociofamiliares (estado civil, número de hijos), variables laborales (categoría profesional, antigüedad, unidad, tipo de relación de empleo, los turnos), preguntas de interés relacionadas con el contexto laboral, variables relacionadas sobre el estado de salud para conocer la percepción sobre la salud o bienestar, y otro apartado dedicado a conocer los hábitos de consumo y de ocio.

*Definición operacional*

Se trata de la identificación que realiza la persona en el apartado de datos personales, demográficos y laborales del cuestionario de variables sociodemográficas y laborales. Se utilizó un cuestionario autoadministrado de elaboración propia, formado por una serie de preguntas de respuestas dicotómicas “Sí / No” y por preguntas abiertas (por ejemplo, indicar número de días que realiza deporte). En este cuestionario se recogen aspectos personales (edad, sexo, estado civil, responsabilidades sociales, etc.); aspectos laborales (categoría, cargo, servicio); tipo de turno de trabajo (mañana, tarde; mañana, tarde y noche); tiempo en la empresa para esa categoría; tiempo que lleva a turnos en el servicio; número de horas de trabajo cuestiones sobre las expectativas laborales; cuestiones sobre el estado de salud, hábitos de consumo y ocio; y estado de ánimo en el que se encuentra la persona en el momento de realizar el cuestionario (ver Anexo 1, Tabla 1.1).

Los datos sociodemográficos, laborales, de ocio y de consumo recogen información relativa al individuo (edad y género); datos socio-familiares (estado civil, número de hijos,

número de personas que conviven en el hogar, lugar de residencia, cursar estudios de idiomas u otros en la actualidad).

Los datos relacionados con variables laborales recogen información sobre aspectos laborales: categoría profesional; cargo; puesto de trabajo; tipo de turno de trabajo, relación de empleo; tiempo en la empresa en la categoría; tiempo que lleva a turnos en el servicio; número de horas de trabajo; trabajar de cara al público; trabajar en grupo; tipo de relación con el cliente; tipo de jornada (completa/reducida); años en su categoría profesional y tiempo en el mismo servicio. El otro apartado de variables a analizar tiene que ver con cuestiones como: la valoración de su experiencia profesional; expectativas laborales sobre el planteamiento de traslado o servicio; solicitud de reducción de jornada; abandono de su profesión; cambiar el horario de trabajo y solicitar excedencia voluntaria.

Los datos relacionados con variables de salud recoge información sobre aspectos de salud física y mental (enfermedad crónica, baja o enfermedad médica); aspectos hábitos de consumo y ocio (tabaco, alcohol, analgésicos, tranquilizantes, estimulantes, horas de ocio) y del estado del ánimo en el momento de realizar la encuesta.

### *c) Estrés asistencial*

#### *Definición conceptual*

Esta dimensión es el resultado de la interacción del profesional con los usuarios cuyas demandas emocionales provocan en los profesionales la sensación de encontrarse sobrepasados (Freudenberger, 1974; Maslach y Jackson, 1986).

### *Definición operacional*

Para medir el estrés asistencial se utilizó la escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Está basada en la conceptualización del estrés asistencial como un síndrome, una respuesta progresiva que sucede a lo largo del tiempo en el ámbito profesional como resultado directo de la relación de ayuda en profesionales que trabajan con personas. Este instrumento hace referencia a tres dimensiones que conforman el síndrome, en forma de afirmaciones sobre los pensamientos, sentimientos, emociones, actitudes y conductas del profesional hacia su trabajo y hacia los clientes: Cansancio emocional (CE) Despersonalización (DP) y Realización personal (RP).

### *c) Estatus de salud (síntomatología psicopatológica)*

#### *Definición conceptual*

Los términos de enfermedades psicosomáticas y síntomas somáticos funcionales se aplican para nombrar aquellos padecimientos que provocan daño orgánico o mecanismo fisiopatológico demostrable e involucran factores psicológicos (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995; Wessely, Nimnuan y Sharpe, 1999).

#### *Definición operacional*

Su utilizó el Cuestionario General de Salud GHQ-28 para medir el nivel del estado general de la salud del participante. La aplicación de este instrumento permite obtener una aproximación en la autopercepción que tiene el participante con relación a su propio bienestar o estado de salud (físico, psicológico y social).

#### **4.3.2. Variables moderadoras.**

##### *a) Estilos de afrontamiento*

##### *Definición conceptual*

El individuo emplea estrategias de afrontamiento que son acertadas para hacer frente a la situación, centradas en el carácter activo y en el problema, que hacen que disminuya la posibilidad de padecer estrés asistencial y que potencian el compromiso psicológico. Uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años tiene que ver con el concepto del estrés como proceso (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 1995). El concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos para hacer frente al estrés, es decir, para tratar con las demandas externas o internas estresantes y con el malestar psicológico que acompaña el estrés (Sandín, 1995).

##### *Definición operacional*

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés (The Coping Strategies Questionnaire - CAE). Está diseñado para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento, distribuidos en seis ítems para cada subescala: a) focalizado en la solución del problema (FSP); b) autofocalización negativa (AFN); c) reevaluación positiva (REP); d) expresión emocional abierta (EEA); e) evitación (EVT); f) búsqueda de apoyo social (BAS); y g) religión (RLG).

#### **4.3.3. Variables dependientes.**

##### *a) Compromiso psicológico como dimensión psicológica*

###### *Definición conceptual*

En el contexto laboral, el compromiso psicológico ha sido definido como un estado psicológico positivo, relativamente persistente, de plenitud, caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción o concentración en el trabajo (Manzano, 2002; Salanova et al., 2000; Salanova y Schaufeli, 2004; Schaufeli et al., 2002).

###### *Definición operacional*

Para evaluar la variable del compromiso psicológico se utilizó el Cuestionario Utrecht Work Engagement Scale (UWES). La dimensión psicológica es definida como el estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizada por los factores de Vigor (VI), Dedicación (DE) y Absorción (AB).

#### **4.3.4. Variables relativas a la percepción de organización saludable.**

##### *a). Percepción de organización saludable*

###### *Definición conceptual*

La percepción de pertenencia a una organización saludable implica una visión integradora que incluye factores como el estrés ocupacional, la seguridad, la salud ocupacional y la promoción de la salud laboral. También se integra por la conducta de la organización, la dirección de los recursos humanos y de la economía (Salanova, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009). Supone que los empleados son una inversión y que son un capital humano, social y psicológico. Por tanto, la organización va a influir de forma notable

en el capital psicológico positivo de sus trabajadores y de esta forma generar trabajadores saludables.

#### *Definición operacional*

Se utilizó el Cuestionario de Salud Organizacional- parte III: “Indicadores prioritarios en una organización saludable”, en el que se solicita a los encuestados que ordenen los diez indicadores según la importancia que le atribuyen a una empresa saludable. Se trata de una escala ipsativa, donde el valor 1 es la máxima importancia y el valor 10 es mínima importancia.

#### b) Percepción de pertenencia a una organización saludable

#### *Definición conceptual*

Luthans (2002) define la Psicología Organizacional Comportamental como el estudio y la aplicación de recursos y competencias humanas, que pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas con el objetivo de mejorar el desempeño en las organizaciones. Además, implica el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como su gestión efectiva (Salanova y Schaufeli, 2004).

#### *Definición operacional*

La psicología organizacional positiva pretende describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo en el ámbito laboral, así como optimizar y potenciar la calidad de vida laboral y organizacional para conocer las características de la vida organizacional positiva.

#### **4.4. Instrumentos**

Con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, en el proceso de recolección de datos se utilizaron cinco cuestionarios y escalas de autoinforme para evaluar diferentes variables relacionados con: a) factores psicosociales; b) estilos de afrontamiento; c) estrés asistencial; d) estado general de salud; y e) compromiso psicológico en el trabajo.

A continuación se describen las características de cada uno de los instrumentos atendiendo a su propósito, el número de ítems, la configuración de factorial, el número de factores, el número de ítems según el factor, la consistencia y la saturación factorial. Los instrumentos utilizados pueden agruparse de acuerdo a los siguientes grupos de variables:

##### **4.4.1. Cuestionario autoadministrado de aspectos sociodemográficos y laborales, de salud, hábitos de consumo y ocio.**

Se utilizó un cuestionario autoadministrado de elaboración propia que consta de un total de 35 ítems y tiene tiempo estimado de aplicación de 10 minutos. Está conformado por una serie de preguntas de respuestas dicotómicas “Sí / No” y por preguntas abiertas. En este cuestionario se recogen aspectos personales (edad, sexo, estado civil, responsabilidades sociales, etc.); aspectos laborales como categoría, cargo, servicio, tipo de turno de trabajo (mañana, tarde; mañana, tarde y noche), tiempo en la empresa para esa categoría, tiempo que lleva a turnos en el servicio, número de horas de trabajo; cuestiones sobre las expectativas laborales; cuestiones sobre el estado de salud, hábitos de consumo y ocio; y por último, estado de ánimo en el que se encuentra la persona en el momento de realizar el cuestionario (ver Anexo 1, Tabla 1.1).

Respecto al estado de la salud, los ítems hacen referencia al padecimiento de algún tipo de enfermedad crónica o incapacitante; haber estado de baja laboral en el último año y la percepción de empeoramiento del estado de salud a consecuencia del trabajo. En cuanto a los hábitos de consumo y de ocio, se indaga acerca del consumo de sustancias y la participación de alguna asociación. También se solicita información sobre la práctica de deporte u otra actividad de ocio semanal, leer, escuchar música o salir con los amigos, entre otras. Para finalizar, se solicita que indiquen entre cinco opciones aquella respuesta que mejor describe su estado de ánimo en el momento de realizar el cuestionario (intranquilo, desesperado, enfadado, enérgico, cansado, confundido, confiado, entre otras).

#### **4.4.2. Cuestionario de Factores Psicosociales *ad hoc* en la Organización Saludable (IFPOS).**

El Inventario de Factores Psicosociales que se utiliza en esta investigación, consta de un total de 255 ítems en el que se recogen los aspectos psicosociales que pueden darse en la organización relacionada con la enfermería. Se organiza en un grupo de diez factores. Se trata de un método de evaluación de factores psicosociales laborales y extralaborales a partir de un modelo teórico propio que integra aspectos básicos de la psicología como proceso, la psicología de la salud, la psicología social y la psicología positiva, en base a factores desencadenantes, moduladores y las consecuencias positivas. Como factores desencadenantes se tienen en cuenta aspectos sociodemográficos, laborales, extralaborales, y el estrés asistencial.

Dirigido a profesionales de enfermería, se incluyen factores moduladores como estilo de afrontamiento, el compromiso psicológico y la percepción de pertenencia a una

organización saludable, aspectos que incidirán en el aumento o mejora de estado físico y/o psicológico del propio profesional y en la propia organización.

Se trata de un inventario que incluye un total de 10 escalas independientes: 1) factores propios de la profesión; 2) factores de relación interpersonal; 3) factores organizacionales y laborales; 4) factores personales; 5) habilidades; 6) competencias interpersonales; 7) factores de recursos tecnológicos propios de la profesión e informática; 8) factores relacionados con la gestión y la administración; 9) factores ambientales; y 10) factores psicosociales extralaborales. Cada uno de los ítems se evalúa con una escala de frecuencia tipo Likert que va desde 0 (“nada”), hasta y 4 (“muchísimo”). Su aplicación puede ser individual o colectiva y requiere de un tiempo de 20 minutos aproximadamente para su cumplimentación.

#### **4.4.3. Cuestionario de estilos de afrontamiento ante situaciones de estrés (CAE).**

Para evaluar las estrategias de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento ante el Estrés *The Coping Strategies Questionnaire (CAE)*. Se trata de la versión adaptada, evaluada, desarrollada y validada por Sandín y Chorot (2003). Es una de las escalas más utilizadas para el estudio del afrontamiento. Las escalas evalúan el grado de acuerdo de la persona con la frase del cuestionario. Es una prueba para mayores de 18 años que puede aplicarse de forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos y puede ser tanto administrada por el evaluador como autoadministrada (Sandín y Chorot, 2003).

El cuestionario posee una adecuada fiabilidad, tanto interna como externa y adecuada validez al ser analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach con resultados mayores a 0,7 en sus escalas.

El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, con una confiabilidad de 0,64 a 0,92 en los siete factores (Sandín y Chorot, 2003) (ver Tabla 12). A continuación se muestran los factores y los ítems que los componen (ver Tabla 13):

- Focalizado en la solución del problema (seis ítems: 1, 8, 15, 22, 29, 36). Presenta ítems como “traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados” o “hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas”. La persona analiza las causas, planea y ejecuta soluciones para afrontar la situación.
- Autofocalización negativa (seis ítems: 2, 9, 16, 23, 30, 37). Presenta ítems como “no hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas” o “me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación”. La persona se autoculpa, tiene sentimientos de indefensión e incapacidad, resignación, dependencia, pérdida de control y pesimismo.
- Reevaluación positiva (seis ítems: 3, 10, 17, 24, 31, 38). Presenta ítems como “intenté centrarme en aspectos positivos del problema” o “comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor”. La persona reconoce el evento estresante pero se centra en los aspectos positivos de la situación.
- Expresión emocional abierta (seis ítems: 4, 11, 18, 25, 32, 39). Presenta ítems como “descargué mi mal humor con los demás” o “me irrité con alguna gente”. La persona descarga el mal humor con los demás, insulta, es hostil, irritable y se desahoga con los demás.
- Evitación (seis ítems: 5, 12, 19, 26, 33, 40). Presenta ítems como “me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema” o “practiqué algún deporte para olvidarme del problema”. La persona se concentra en otras cosas, prefiere no pensar en el problema.

- Búsqueda de apoyo social (seis ítems: 6, 13, 20, 27, 34, 41). Presenta ítems como “le conté a amigos o familiares como me sentía” o “procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos”. Identifica personas y redes de apoyo que pueden aportarle el adecuado manejo de la situación estresante.
- Religión (seis ítems: 7, 14, 21, 28, 35, 42). Presenta ítems como “pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)” o “recé”. La persona acude a creencias religiosas para afrontar la situación, pues siente que ha perdido el control.

Las dos dimensiones identificadas en el CAE son las planteadas por Lazarus y Folkman (1986). El afrontamiento centrado en el problema se refiere a los esfuerzos dirigidos fundamentalmente de origen del estrés para modificarla o eliminarla y buscar una solución satisfactoria para el sujeto (subescala FSP, REP y BAS), y el afrontamiento centrado en la emoción tiene que ver con los esfuerzos encaminados a regular los estados emocionales que están en relación con un problema. En este caso el sujeto no modifica la situación, por lo que en algunas ocasiones el manejo no es funcional (subescalas AFN y EEA) (Casado, 2002).

Tabla 12

*Dimensiones exploradas, número de ítems y coeficientes de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) del Cuestionario estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE) ( $n = 592$ ) (Sandín y Chorot, 2003)*

| Dimensiones                                  | Número de ítems | $\alpha$ de Cronbach |
|----------------------------------------------|-----------------|----------------------|
| FSP - Focalizado en la solución del problema | 6               | .85                  |
| AFN - Autofocalización negativa              | 6               | .64                  |
| REP - Reevaluación positiva                  | 6               | .71                  |
| EEA - Expresión emocional abierta            | 6               | .74                  |
| EVT - Evitación                              | 6               | .76                  |
| BAS - Búsqueda de apoyo social               | 6               | .92                  |
| RLG - Religión                               | 6               | .86                  |

La escala consta de 42 ítems, con siete dimensiones básicas, distribuidos en seis ítems por cada subescala, para lograr la diferenciación y medición de cada estilo de afrontamiento. Se evalúan mediante una escala de Likert con cinco alternativas posibles de respuesta: (0) “nunca”, (1) “pocas veces”, (2) “veces”, (3) “frecuentemente” y (4) “casi siempre”.

Para la corrección de la prueba se suman los valores marcados en cada ítem, según las subescalas. Para cada subescala de acuerdo a la puntuación obtenida, se podrá clasificar en baja, intermedia y alta (Sandín y Chorot, 2003).

Tabla 13

*Subescala de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE). Puntuaciones medias y desviaciones típicas de CAE (n = 400) (Sandin y Chorot, 2003)*

| Factores                           | ítems |    |    |    |    |    | Media | Dt   |
|------------------------------------|-------|----|----|----|----|----|-------|------|
| FSP - Focalizado Solución problema | 1     | 8  | 15 | 22 | 29 | 36 | 13.58 | 5.09 |
| AFN - Autofocalización negativa    | 2     | 9  | 16 | 23 | 30 | 37 | 6.22  | 3.54 |
| REP - Reevaluación positiva        | 3     | 10 | 17 | 24 | 31 | 38 | 13.90 | 4.06 |
| EEA - Expresión emocional abierta  | 4     | 11 | 18 | 25 | 32 | 39 | 6.14  | 3.65 |
| EVT - Evitación                    | 5     | 12 | 19 | 26 | 33 | 40 | 9.16  | 4.48 |
| BAS - Búsqueda de apoyo social     | 6     | 13 | 20 | 27 | 34 | 41 | 12.86 | 6.46 |
| RLG - Religión                     | 7     | 14 | 21 | 28 | 35 | 42 | 5.76  | 5.37 |

| Puntuación | Uso Frecuencia |
|------------|----------------|
| 0 - 6      | Baja           |
| 7 - 18     | Intermedia     |
| 19 - 24    | Alta           |

#### 4.4.4. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

El cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Gil Monte, 2007; Gil Monte y Peiró, 2000; Maslach, Jackson y Leiter, 1996; Maslach y Jackson, 1981; 1986) mide la frecuencia e intensidad del estrés asistencial o síndrome de quemarse por el trabajo. Existe una versión traducida y adaptada al castellano por Seisdedos (1997). Su aplicación puede ser individual o colectiva y requiere de un tiempo de 10 a 15 minutos para su cumplimentación.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) está basado en el estrés asistencial como un síndrome, una respuesta progresiva que sucede a lo largo del tiempo en el ámbito profesional como resultado directo de la relación de ayuda en profesionales que trabajan con personas. En concreto, mide la frecuencia e intensidad de los síntomas de interés.

Es un cuestionario autoadministrado de 22 ítems que hacen referencia a las tres dimensiones que conforman el síndrome, en forma de afirmaciones sobre los pensamientos, sentimientos, emociones, actitudes y conductas del profesional hacia su trabajo y hacia los clientes (ver Tabla 14 y Tabla 15): la subescala de Cansancio emocional (CE) consta de nueve ítems, la subescala de Despersonalización (DP) se compone de cinco ítems y la subescala de Realización personal (RP) consta de ocho ítems.

- La subescala de Cansancio emocional (CE) consta de nueve ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Se refiere al excesivo esfuerzo físico junto a la sensación de tedio emocional, producto de las continuas interacciones que los trabajadores mantienen entre ellos y con sus clientes. Describe los sentimientos que experimenta la persona de no poder rendir a nivel afectivo, de alguien exhausto y agotado emocionalmente por su trabajo. La persona se siente vacía, le falta energía para afrontar un nuevo día y sus recursos emocionales están agotados sin que exista una fuente de recarga. Se puede definir como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, y puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es recogido mediante afirmaciones como “me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”.
- La subescala Despersonalización (DP) se evalúa a través de cinco ítems (5, 10, 11, 15 y 22). Es definida como el desarrollo de respuestas cínicas hacia los clientes y actitudes negativas e indiferentes en el entorno laboral. Es una respuesta casi siempre desapercibida que lleva a la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas

hacia las personas con las que se trabaja, especialmente los beneficiarios del propio trabajo, acompañado de falta de sentimientos, de una mayor irritabilidad y una pérdida de la motivación. La evaluación de la despersonalización permite medir el grado de indiferencia y pérdida de interés del profesional hacia el trabajo, con afirmaciones como “me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión/tarea”. El desarrollo de la despersonalización aparece relacionado con la experiencia de agotamiento emocional. El individuo va mostrando una reacción cada vez más negativa hacia las personas con las que trabaja, en diferentes manifestaciones, llegando incluso a ignorar sus necesidades y solicitudes.

- La subescala de Realización personal en el trabajo(RP) consta de ocho ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Describe sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. Es manifestado a través de sentimientos de fracaso, pérdida de confianza en uno mismo y autoconcepto negativo que conlleva a sentimientos de incompetencia. Este tipo de sensación surge especialmente cuando el profesional trabaja con personas. Su ausencia conlleva una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo como descenso en la motivación, evitación de las relaciones personales, desarrollar una baja autoestima, baja productividad, etc. Puede provocar que la persona se sienta infeliz y descontenta consigo misma y con su labor, lo que conlleva a la experimentación de una baja autoestima. Mide la percepción del profesional sobre su eficacia en el desempeño de sus actividades a través de los ítems que reflejan una situación de la clase “me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes/clientes”.

Cada uno de los ítems se evalúa con una escala de frecuencia tipo Likert de siete puntos, en la que el sujeto puntúa la frecuencia con la que experimenta los sentimientos que

configuran el síndrome. El rango de frecuencia abarca desde (0) “nunca”; (1) “pocas veces al año o menos”; (2) “una vez al mes o menos”; (3) “unas pocas veces al mes o menos”; (4) “una vez a la semana”; (5) “pocas veces a la semana”; y (6) “todos los días”.

Las dimensiones de agotamiento o cansancio emocional y despersonalización se hallan representadas por enunciados de puntuación en frecuencia ascendente (de 0 a 6) que denota un mayor estrés asistencial, mientras que la escala de realización personal en el trabajo funciona de modo inverso, de manera que a mayor puntuación obtenida en dicha escala, más realizada está la persona en su trabajo y las posibilidades de experimentar el estrés asistencial son menores. Un perfil característico de estrés asistencial es el del sujeto que puntúa alto en las escalas de cansancio emocional y despersonalización y bajo en la escala de realización personal (Gil-Monte y Peiró, 2000).

Tabla 14

*Puntuaciones normativas muestra española del MBI (Gil-Monte y Peiró, 2000)*

| Escala                    | ítems |   |   |   |    |    |    |    |    |      | Puntuación |       |      |      |
|---------------------------|-------|---|---|---|----|----|----|----|----|------|------------|-------|------|------|
|                           |       |   |   |   |    |    |    |    |    |      | Bajo       | Medio | Alto | Max. |
| CE - Cansancio emocional  | 1     | 2 | 3 | 6 | 8  | 13 | 14 | 16 | 20 | ≤ 15 | 16 – 24    | ≥ 25  | 54   |      |
| DP - Despersonalización   |       |   |   |   | 5  | 10 | 11 | 15 | 22 | ≤ 3  | 4 – 8      | ≥ 9   | 30   |      |
| RP - Realización personal |       | 4 | 7 | 9 | 12 | 17 | 18 | 19 | 21 | ≥ 40 | 34 - 39    | ≤ 35  | 48   |      |

Se ha escogido la versión comercial española del test (Manual del Inventario Burnout de Maslach, MBI, en Seisdedos. TEA. 1997) que presenta los siguientes valores medios de referencia para interpretar cada una de las dimensiones: (20.86) para el Agotamiento emocional (AE); 35.71 para la Realización personal (RP); y 7.62 para Despersonalización (DP). Además de estas puntuaciones medias, el manual establece los puntos de corte anteriormente citados (alto, medio y bajo) para cada una de las dimensiones. La consistencia

interna de las tres escalas del MBI es satisfactoria, con valores de  $\alpha$  de Cronbach entre .70 y .90 (Maslach y Jackson, 1986).

Tabla 15

*Dimensiones exploradas, número de ítems y coeficientes de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach)*

| Dimensiones                      | Número de ítems<br>(22) | $\alpha$ Cronbach<br>(TEA) | $\alpha$ Cronbach<br>(Gil-Monte y Peiró) |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------------------|
| <b>CE</b> - Cansancio emocional  | 9                       | .90                        | .72                                      |
| <b>DP</b> - Despersonalización   | 5                       | .79                        | .87                                      |
| <b>RP</b> - Realización personal | 8                       | .71                        | .57                                      |

*Nota:* MBI: Maslach Burnout Inventory; TEA, Seisdedos (1997), ( $n = 1316$ ); Gil-Monte y Peiró (2002) ( $n = 559$ ).

A pesar de los múltiples estudios que se han realizado, no hay acuerdo sobre las características psicométricas del test en relación a su consistencia interna y su validez factorial. Según los datos, la escala tiene una alta consistencia interna para cada una de las dimensiones, entre .75 y .90 (Gil-Monte y Peiró, 2000). Estos resultados fueron obtenidos a partir del estudio de una muestra de 1188 sujetos, 568 de los cuales eran profesionales de enfermería. Por este motivo, se aceptan como valores de referencia específicos para poder interpretar las puntuaciones obtenidas en la presente investigación doctoral.

Las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. Respecto al resultado, tanto el constructo de estrés asistencial como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas. Las puntuaciones para cada una de las subescalas se obtienen de la suma de los puntos de los ítems correspondientes a cada subescala. Como puntos de corte se siguieron los criterios seguidos para el personal sanitario. Para ello, se consideró que en la subescala AE puntuaciones de 25 o superiores serían indicativas de un alto nivel de estrés asistencial, el intervalo de 16-24 correspondería a puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo

de 15 indicarían niveles de estrés asistencial bajos o muy bajos. En la subescala DP, puntuaciones superiores a 9 indican nivel alto de despersonalización, de 4 a 8 nivel medio e inferiores a 3 nivel bajo. En contrapartida, la subescala RP funciona en sentido opuesto a las anteriores; de 0 a 35 puntos indican baja realización intermedia y alto estrés asistencial, de 34 a 39 indicaría realización intermedia y puntuaciones superiores a 40 indican alta sensación de logro o realización y bajos niveles de estrés asistencial.

La subescala de Cansancio emocional considera la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos; cuanta mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de estrés asistencial experimentado por el participante.

La subescala de Despersonalización valora el grado en que cada persona reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es también la despersonalización y el nivel de estrés asistencial experimentado.

En la tercera subescala, Realización personal, se evalúan los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La puntuación máxima es de 48 puntos y cuanta mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es la realización personal. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de estrés asistencial, es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de estrés asistencial.

#### 4.4.5. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

El cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire*, GHQ) fue diseñado por Goldberg en 1972 y validado por Lobo et al. (1986b). Es una prueba dirigida a la población general para la valoración de la salud mental, aunque también ha sido aplicado en cuidadores. Se trata de uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos de salud mental, para medir trastornos psiquiátricos/afectivos no psicóticos, para aplicación en medicina primaria y detección de individuos en riesgo que deberían ser sometidos a examen psiquiátrico formal (Goldberg, 1972). La versión original contenía 93 ítems y una forma breve de 60 ítems (Badía, Salamero y Alonso, 2002) y otra de posterior aparición con 28 ítems (Lobo et al., 1986b). Pero se han desarrollado versiones más cortas, de 30 y 12 ítems, menos contaminadas por ítems de manifestaciones que puedan estar presentes en pacientes con enfermedades físicas. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

El GHQ consta de 28 ítems se utiliza en poblaciones laborales para estudiar las relaciones entre salud mental, estrés laboral y trastornos psicosomáticos. Los individuos informan de la presencia de la sintomatología en las tres últimas semanas mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, en la que mayores puntuaciones se corresponden con una mayor presencia de síntomas.

El GHQ-28, es un test de screening autoadministrado de 28 ítems ( $\alpha = .94$ ), divididos en cuatro subescalas de siete ítems cada una: escala A: síntomas psicosomáticos (siete ítems,  $\alpha = .94$ ); escala B: síntoma de ansiedad e insomnio (siete ítems,  $\alpha = .92$ ); escala C: disfunción social (síntomas de malestar cotidiano) (siete ítems,  $\alpha = .73$ ); y escala D: síntomas depresivos

(siete ítems,  $\alpha = .91$ ). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. Cada ítem consiste en una frase que indaga si la persona ha experimentado recientemente un síntoma en una escala. Cada pregunta admite cuatro posibles respuestas ordinales, del tipo “mejor que lo habitual”, “igual que lo habitual”, “peor que lo habitual” y “mucho peor que lo habitual”, “menos que lo habitual” y “mucho más que lo habitual”.

Se debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas, no en el pasado.

La elección de este instrumento se debe a su fiabilidad, validez, aplicabilidad, accesibilidad y la elevada fiabilidad test-retest ( $r = .90$ ) (Goldberg y Hillier, 1979; Lobo, et al., 1986b). Entre los estudios de validación de este cuestionario se destaca el trabajo de Godoy et al., (2002) que evaluó una muestra de universitarios españoles. Su trabajo reportó valores óptimos de consistencia interna (entre .91 y .97) para cada una de las subescalas de síntomas, y un coeficiente alfa de .97 para la escala total (Ríos et al., 2010). El GHQ ha mostrado su fiabilidad (alfa de Cronbach entre .70 y .83) para todas las subescalas en una muestra de Sudáfrica (De Kock, Gorgens y Dhladhla, 2013), incluyendo enfermeras (alfa de Cronbach = .84) (Khamisa, Oldenburg, Peltzer y Ilic, 2015).

Consta de escalas que permiten conocer las cuatro dimensiones que puede llegar a sufrir el participante (ver Tabla 16 y Tabla 17):

- Síntomas somáticos: ítems del 1 al 7. Están relacionados con síntomas psicósomáticos de origen psicológico, como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, malestar general. Se evalúan con afirmaciones como “Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma”, o por el contrario, “ha tenido sensación de que estaba enfermo”.

- Angustia-insomnio: ítems del 8 al 14. Aborda la sintomatología de ansiedad e insomnio, problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad, tensión psíquica, etc. Refleja afirmaciones como “sus preocupaciones les han hecho perder mucho sueño”.
- Disfunción social: ítems del 15 al 21. Aquellos síntomas de malestar cotidiano como capacidad para tomar decisiones, desarrollo organizado del trabajo, etc. Refleja afirmaciones como “le cuesta más tiempo realizar las cosas”.
- Depresión grave: ítems 22 al 28. Se trata de síntomas que se relacionan con el estado de ánimo, concretamente, rasgos depresivos. Se trata de una escala que pregunta acerca de distintos síntomas depresivos graves que incluyen incluso la ideación suicida. Refleja afirmaciones como “ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza”

Estas dimensiones no son totalmente independientes entre sí y representan categorías de sintomatología que no corresponden necesariamente a diagnósticos psiquiátricos. A mayor puntaje, mayor presencia de sintomatología y por tanto, peor salud percibida.

El resultado total de este cuestionario permite clasificar a los sujetos como “probables casos” y “no-casos” a partir de una puntuación de corte. Lobo et al. (1986b) con la versión española del GHQ-28 informaron de una sensibilidad del 76.9% y especificidad del 90.2% para un punto de corte 6/7 (caso/no caso), y de una sensibilidad del 84.6% y especificidad del 82% para un punto de corte de 5/6 (caso/no caso).

Para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación se realiza asignando los valores, 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems positivos y 1, 1, 0, 0 para los ítems negativos. Por lo tanto, el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso).

Como instrumento de cribado sugerido para detectar problemas crónicos, la puntuación de los ítems positivos se puntúa 0, 0, 1, 1, y los negativos 0, 1, 1, 1. Por lo tanto, el punto de corte se sitúa en 12/13 (caso/no caso).

Tabla 16

*Escala de Salud General (GHQ-28) (Lobo et al., 1986b)*

| Factores                  | ítems |     |     |     |     |     |     |
|---------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| GHQA. Síntomas somáticos  | A.1   | A.2 | A.3 | A.4 | A.5 | A.6 | A.7 |
| GHQB. Ansiedad – insomnio | B.1   | B.2 | B.3 | B.4 | .B5 | B.6 | B.7 |
| GHQC. Disfunción social   | C.1   | C.2 | C.3 | C.4 | C.5 | C.6 | C.7 |
| GHQD. Depresión grave     | D.1   | D.2 | D.3 | D.4 | D.5 | D.6 | D.7 |

En los estudios previos se señala que la puntuación total varía de 0 (máximo bienestar) a 28 (ausencia de bienestar), es decir, a mayor puntuación total menor bienestar. Tomando como referencia el punto de corte de 7, los sujetos que obtienen puntuaciones comprendidas entre 0 y 7 son calificados como “normales”, y los que obtienen puntuaciones comprendidas entre 8 y 28 son calificados como “problemáticos”.

Tabla 17

*Dimensiones exploradas, número de ítems y coeficientes de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de la Escala de Salud General (GHQ-28) (Godoy et al., 2002)*

| Dimensiones               | Número de ítems |
|---------------------------|-----------------|
| GHQ Global                | 28              |
| GHQA. Síntomas somáticos  | 7               |
| GHQB. Ansiedad – insomnio | 7               |
| GHQC. Disfunción social   | 7               |
| GHQD. Depresión grave     | 7               |

Los ítems positivos son: A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7. Los ítems negativos son el resto. Los criterios de valoración son: 0 “mejor o igual que lo habitual” y 1 “peor que lo habitual”.

Respecto a la puntuación, entre los tres métodos existentes (puntuación Likert, puntuación GHQ y puntuación CGHQ), se ha elegido el formato de puntuación GHQ (0-0-1-1) ya que permite determinar el número de síntomas presentes, es decir, discrimina entre la presencia o ausencia de sintomatología sin hacer referencia a la frecuencia de sintomatología que presenta la persona.

Debido a la muestra de interés para el presente trabajo doctoral, se toma como referencia el punto de corte 6/7 (6 no caso/7 caso) por su mayor especificidad y menor tasa de mal clasificados. Es de esperar que los individuos encuestados tengan una alta probabilidad de ser casos reales. De esta manera se consigue minimizar los falsos positivos y se incrementa el valor predictivo positivo. Los sujetos con puntuaciones comprendidas entre 0 y 6 son calificados como “normales”, y los que obtienen puntuaciones entre 7 y 28 son calificados como “problemáticos”. Como se ha indicado con anterioridad, el objetivo no es la detección de casos sino obtener una aproximación del nivel de salud o bienestar psicológico percibido por la muestra evaluada.

#### **4.4.6. Cuestionario Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17).**

Para evaluar la variable de compromiso psicológico se escogió el Cuestionario *Utrecht Work Engagement Scale* - UWES (Utrecht Work Enthusiasm Scale) (Schaufeli y Bakker, 2003) ( $\alpha = .93$ ). Esta prueba consta de una versión validada y traducida al castellano (Schaufeli et al., 2002) y en otros 19 idiomas. Su estructura de tres factores correlacionados es independiente del país y de la ocupación. La aplicación de la prueba precisa de cinco minutos, pudiendo ser aplicada tanto individual como colectivamente.

La dimensión psicológica es definida como el estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor (VI), dedicación (DE) y absorción (AB) (ver Tabla 18 y Tabla 19):

- Vigor (VI): (seis ítems: 1, 4, 8, 12, 15 y 17). Hace referencia al profesional que se manifiesta activo y con ganas de innovar, de mantener alta carga de trabajo etc. Son ejemplo de este constructo ítems como “soy persistente en mi trabajo”.
- Dedicación (DE): (cinco ítems: 2, 5, 7, 10 y 13). Hace referencia al sobreesfuerzo que es capaz de dedicar un individuo para realizar su trabajo correctamente y por conseguir los objetivos de la organización. Son ejemplo de este constructo ítems como “mi trabajo me inspira”.
- Absorción (AB): (seis ítems: 3, 6, 9, 11, 14 y 16). Hace referencia a la sensación que experimenta un individuo cuando en su trabajo se distancia de la realidad y alcanza altos grados de concentración en la tarea. Son ejemplo de este constructo ítems como “me dejo llevar por mi trabajo”.

Tabla 18

*Dimensiones exploradas, número de ítems y coeficientes de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) Cuestionario de Compromiso Psicológico (UWES) (Schaufeli y Bakker, 2003)*

| Dimensiones                    | Nº | ítems |   |   |    |    |    | $\alpha$ de Cronbach |
|--------------------------------|----|-------|---|---|----|----|----|----------------------|
| Compromiso psicológico general | 17 |       |   |   |    |    |    | .90                  |
| VI - Vigor                     | 6  | 1     | 4 | 8 | 12 | 15 | 17 | .76                  |
| DE - Dedicación                | 5  | 2     | 5 | 7 | 10 | 13 |    | .88                  |
| AB - Absorción                 | 6  | 3     | 6 | 9 | 11 | 14 | 16 | .73                  |

El UWES está conformado por 17 ítems, con un formato de respuesta de Escala Likert de siete posibilidades de respuesta: (0) “nunca o ninguna vez”; (1) “casi nunca o pocas veces

al años”; (2) “algunas veces o una vez al mes o menos”; (3) “regularmente o pocas veces al mes”; (4) “bastantes veces o una vez por semana”; (5) “casi siempre o una vez por semana”; y (6) siempre o todos los días”. El compromiso psicológico se mide mediante los puntajes obtenidos de la escala de tres factores (Vigor, Absorción, Dedicación) y el puntaje global.

Para esta investigación, la interpretación se realizó de la siguiente manera: los puntajes bajo y muy bajo dentro de la etiqueta “bajo”, los puntajes promedio dentro de la etiqueta “medio” y los puntajes alto y muy alto se etiquetaron como “alto” (ver Tabla 19).

Tabla 19

*Puntuaciones normativas muestra española del UWES-17 (n = 2313) (Schaufeli et al., 2003)*

| Escala                        | Puntuación  |             |             |             |             |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                               | Muy bajo    | Bajo        | Medio       | Alto        | Muy alto    |
| Compromiso psicológico global | $\leq 1.93$ | 1.94 - 3.06 | 3.07 - 4.66 | 4.67 - 5.53 | $\geq 5.61$ |
| VI - Vigor                    | $\leq 2.17$ | 2.18 - 3.20 | 3.21 - 4.80 | 4.81 - 5.65 | $> 5.99$    |
| DE - Dedicación               | $\leq 1.60$ | 1.61 - 3.00 | 3.01 - 4.90 | 4.91 - 5.79 | $> 5.80$    |
| AB - Absorción                | $\leq 1.60$ | 1.61 - 2.75 | 2.76 - 4.40 | 4.41 - 5.35 | $> 5.36$    |

#### 4.4.7. Escala Ipsativa de percepción de Organización Saludable.

El Cuestionario de Salud Organizacional (Gimeno, Pinazo, García Perdigüero y García, 2008) solicita a los encuestados que ordenen los diez indicadores según la importancia que consideraran necesarios para una organización responsablemente saludable. Se trata de una escala ipsativa, donde el valor 1 es la máxima importancia y el valor 10 es mínima importancia.

#### **4.5. Procedimiento**

Antes del primer contacto con el participante se establecen las siguientes fases: 1) solicitar la autorización de los centros sanitarios y del comité de investigación correspondiente; 2) informar a los responsables y supervisores/as de las unidades el objeto de la investigación, solicitando su colaboración, transparencia y asepsia en la entrega y recogida de los cuestionarios; y 3) captar la atención del participante con una nota informativa en los tableros de anuncios de cada unidad, indicando el día y la hora que pasará el investigador.

La distribución de los cuestionarios se realizó de forma individual para todos los profesionales que participaron en el estudio. Con anterioridad a la distribución de los cuestionarios y escalas, se informó sobre los objetivos generales del estudio y su procedimiento. Se recordó que se trataba de un estudio voluntario y que todos los datos obtenidos serían guardados con seguridad y confidencialidad de acuerdo con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de Carácter Personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente. De la misma forma, se recordó a los participantes la importancia de leer las instrucciones detenidamente al comienzo de cada cuestionario, contestar con sinceridad y en un lugar tranquilo y no dejar preguntas sin responder. Se entregó en un sobre blanco abierto con los cuestionarios, el consentimiento informado y una hoja de información. Los cuestionarios fueron recogidos en el mismo sobre por la persona que facilitó el cuestionario.

Tras una breve explicación del objetivo del estudio, el horario de trabajo y en el área de descanso de cada una de las pasaciones, se comunicó el propósito del estudio y el carácter anónimo de las respuestas. Las personas que accedieron a participar firmaron un consentimiento informado que les indicaba las condiciones de investigación y sus derechos como participantes.

El acceso a los datos clínicos y personales del paciente solo es posible con el consentimiento expreso y revocable del mismo. Por este motivo se solicitó la firma del participante en el Consentimiento Informado.

Dadas las características de los servicios y que se trata de profesionales que trabajan a turnos, se estableció un tiempo de dos semanas para su entrega. Una vez finalizado el plazo los cuestionarios se introdujeron en el mismo sobre blanco, cerrado por el propio sujeto, y fueron recogidos por el propio investigador, presente en todo momento para la distribución de cuestionarios, resolución de dudas y recogida de cuestionarios.

La administración y recogida de las escalas y cuestionarios se efectuó durante los meses de marzo, abril y mayo, junio, julio y agosto de 2010; febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2011; octubre y noviembre de 2011.

Las mediciones se realizan en un único momento y de forma comparativa entre grupos de participantes con distinta categoría profesional: enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y en formación.

#### **4.6. Análisis estadístico**

Después de que los cuestionarios y escalas fueran recogidas se procedió a codificar los datos de cada uno ellos para su tratamiento informático. Los datos se introdujeron en el programa estadístico SPSS, versión 15.00 (Statistical Package for social Sciences, 2006) para su análisis y tratamiento.

a) Estadística descriptiva

Para aquellas variables cualitativas, se consideraron los estadísticos descriptivos de todas las variables mediante la distribución de frecuencias, porcentajes y gráficos de las características sociodemográficas, laborales, hábitos de consumo, de ocio y estado de ánimo de la muestra (Anexo II, Tabla 2.1).

En segundo lugar, para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (media o mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) e intervalos de confianza al 95%, para analizar los datos y características de los sujetos de la muestra. Y dispersión (desviación típica) para las siguientes variables: aspectos psicosociales del entorno laboral y extralaboral (IFPOS); estrés asistencial (burnout) (MBI); estrategias de afrontamiento (CAE), estado general de salud (GHQ-28); y compromiso psicológico en el trabajo (engagement) (UWES-17) (Anexo II, Tabla 2.2).

En tercer lugar, se analizó la distribución normal de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución normal de las variables.

b). Estadística inferencial

En cuarto lugar, tras comprobar que la distribución de la muestra es normal ( $p > .05$ ), se compararon las medias para determinar si existen diferencias significativas intergrupos a través del análisis de varianza (ANOVA) mediante la prueba de contraste DMS ( $p < .05$ ). Al ser una muestra no homogénea, se realizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis cuando las variables estaban constituidas por  $k$  muestras independientes para comprobar la existencia de diferencias significativas en variables con una distribución no normal entre los grupos estudiados y la  $U$  Mann-Whitney para dos muestras independientes en relación a edad, sexo,

estado civil, antigüedad, categoría profesional, servicio, y tipo de relación de empleo (Anexo III).

c) Análisis factorial

En quinto lugar, se procedió al análisis psicométrico del instrumento y las principales propiedades psicométricas del Inventario de Factores Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS) (Anexo IV). Se realizó el análisis factorial exploratorio para el estudio de la validez factorial del IFPOS. Para ello, se aplicó el test de esfericidad de Barlet para contrastar la normal multivariante. Se exploraron las dimensiones subyacentes de los cuestionarios mediante el análisis factorial, con extracción de factores por el método de componentes principales. La medida de adecuación de la muestra se realizó mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, que compara los coeficientes de correlación observados y los coeficientes de correlación parcial, que debe ser mayor a 0.5. Para el estudio de la homogeneidad o consistencia interna de cada escala se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach.

d) Correlación bivariada

En sexto lugar, para identificar las posibles asociaciones entre los constructos de factores psicosociales, las estrategias de afrontamiento, el estado general de salud y el compromiso psicológico, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman. Se realizó un análisis de correlación bivariada (Rho de Spearman) para determinar la relación entre cada una de las variables psicosociales (IFPOS, CAE, MBI y GHQ), alguna de las variables cuantitativas sociodemográficas y sociolaborales (edad, antigüedad, entre otras) y el compromiso psicológico (UWES) para conocer qué variables se asocian a destacados predictores del compromiso laboral. La correlación de Spearman (coeficiente correlación no paramétrica) es un buen método para cuantificar la relación entre dos escalas de valores directos y/o con jerarquía (ordinales) y además es una buena alternativa cuando los datos no

tienen una distribución normal bivalente, como en el caso de la muestra analizada en la presente investigación.

e) Regresión múltiple variable dependiente del compromiso psicológico laboral

En séptimo lugar, se realizó el análisis de regresión lineal múltiple ( $p < .05$ ;  $p < .001$ ) para establecer los niveles de compromiso psicológico (engagement) y su asociación para cada una de las variables cuantitativas de los factores psicosociales IFPOS, CAE, MBI y GHQ-28. Se efectuó una regresión múltiple segmentada por grupos (profesional en activo, y en formación) por pasos para el análisis de variables predictoras del modelo (variables independientes). Este procedimiento se realizó para conocer la asociación existente entre el compromiso psicológico general y cada una de las dimensiones (variable dependiente) entre el estrés psicosocial, los estilos de afrontamiento, el estrés asistencial, el estado general de la salud, la edad y la antigüedad (variables independientes).

Con el propósito de lograr los objetivos planteados y verificar las hipótesis presentadas, en el siguiente apartado de Resultados se muestran los datos derivados de los análisis estadísticos planteados.

## **PARTE III. ANÁLISIS EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO 6. RESULTADOS**



## Estadística descriptiva

### 1. Análisis descriptivo y de frecuencias de las variables cualitativas

**Objetivo específico número 2.** Describir las variables de tipo sociodemográfico y laborales en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación.

En primer lugar, se realizaron estadísticos descriptivos de todas las variables mediante el estudio de frecuencias. Para las variables cualitativas se llevó a cabo un estudio de distribución de frecuencias de las características sociodemográficas, laborales, hábitos de consumo y de ocio de la muestra de estudio. Para las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión.

La muestra estuvo compuesta por 260 profesionales de enfermería que trabajan o realizan prácticas en las unidades de servicios específicos y de hospitalización. La muestra global reclutada fue en el Hospital Universitario de Basurto 56.5% ( $n = 147$ ), Hospital de Usansolo-Galdakao 43.5 % ( $n = 113$ ) (ver Anexo 2, Tabla 2.1).

La muestra es incidental y se extrajo una distribución de población de estudiantes en prácticas procedente en el Hospital Universitario de Basurto y Hospital de Usansolo-Galdakao, Escuela de Enfermería de la UPV de Bizkaia y del instituto Urbi de Basauri, en el caso de estudiantes de auxiliar de enfermería.

La muestra incidental de la población de personal de enfermería activo procedentes del Hospital Universitario de Basurto se desglosó de la siguiente manera: enfermeras en un 54.9% ( $n = 62$ ) y auxiliares de enfermería un 60.3% ( $n = 41$ ). En el Hospital de Usansolo-Galdakao, la muestra desglosada para la categoría de enfermeras fue 45.1% ( $n = 51$ ) y respecto a la categoría de auxiliares de enfermería compuso el 39.7% ( $n = 27$ ) (ver Anexo 2, Tabla 2.1).

La muestra incidental de la población de personal de enfermería en prácticas en el hospital Universitario de Basurto, desglosada para la categoría de enfermeras en un 75.9% ( $n = 41$ ) y la categoría de auxiliares de enfermería estuvo formada en un 12 % ( $n = 3$ ), y hospital de Usansolo-Galdakao y de la escuela de enfermería de la UPV de Bizkaia, muestra desglosada para la categoría de enfermeras en un 24.1% ( $n = 13$ ) y del instituto Urbi de Basauri para la categoría de auxiliares de enfermería esta formada en un 88 % ( $n = 22$ ) (ver Anexo 2, Tabla 2.1).

A continuación se describe el perfil de los profesionales sanitarios que contestaron a los cuestionarios.

### **1.1. Características sociodemográficas de la muestra**

Respecto a las características sociodemográficas (ver Tabla 20), se consideraron las variables de género, edad, estado civil, lugar de residencia, número de hijos, número de personas que conviven en el hogar, si realizan algún tipo de curso de formación continuada y qué tipo de curso realizaban en el momento de la evaluación.

Tabla 20

*Características sociodemográficas de la muestra (n = 260)*

| Variables                            |              | Categoría profesional |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|--------------------------------------|--------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|---------------------|-------|
|                                      |              | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est.aux. enfermería |       |
|                                      |              | (n = 113)             | 43.5% | (n = 68)        | 26.2% | (n = 54)        | 20.8% | (n = 25)            | 9.6%  |
| Género                               |              |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|                                      | Hombre       | 14                    | 12.4% | 3               | 4.4%  | 11              | 20.4% | 2                   | 8.0%  |
|                                      | Mujer        | 99                    | 87.6% | 65              | 95.6% | 43              | 79.6% | 23                  | 92.0% |
| Edad                                 | (media, Dt)  | 38.51                 | 9.14  | 46.47           | 7.53  | 23.30           | 5.47  | 23.96               | 9.55  |
| Estado civil                         |              |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|                                      | Casado       | 67                    | 59.8% | 41              | 60.3% | 13              | 24.1% | 10                  | 40%   |
|                                      | Separado     | 11                    | 9.8%  | 10              | 14.7% | 3               | 5.6%  | 0                   | 0%    |
|                                      | Soltero      | 34                    | 30.1% | 17              | 25.0% | 37              | 68.5% | 15                  | 60%   |
|                                      | Viudo        | 1                     | 0.9%  | 0               | 0%    | 1               | 0.9%  | 0                   | 0%    |
| Provincia residencia                 |              |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|                                      | Gasteiz      | 7                     | 6.2%  | 1               | 1.5%  | 6               | 11.1% | 1                   | 4%    |
|                                      | Bikaia       | 102                   | 90.3% | 67              | 98.5% | 46              | 85.2% | 24                  | 96%   |
|                                      | Gipuzkoa     | 3                     | 2.7%  | 0               | 0%    | 1               | 1.9%  | 0                   | 0%    |
|                                      | Cantabria    | 1                     | 0.9%  | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 0                   | 0%    |
|                                      | Burgos       | 0                     | 0%    | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 0                   | 0%    |
|                                      | La Rioja     | 0                     | 0%    | 0               | 0%    | 1               | 1.9%  | 0                   | 0%    |
| Nº hijos                             | (media,dt)   | 0.66                  | 0.92  | 1.00            | 1.30  | 0.02            | 0.14  | 0.16                | 0.47  |
| Número de personas viven en el hogar |              |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|                                      | (media, Dt)  | 2.73                  | 1.16  | 2.83            | 1.16  | 3.53            | 1.22  | 3.84                | 1.25  |
| Formación continua                   |              |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|                                      | Sí           | 63                    | 55.8% | 41              | 60.3% | 17              | 31.5% | 21                  | 84%   |
|                                      | No           | 50                    | 44.2% | 27              | 39.7% | 37              | 68.5% | 4                   | 16%   |
| Formación                            |              |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|                                      | Ninguna      | 51                    | 45.1% | 28              | 41,2% | 39              | 72.2% | 5                   | 20%   |
|                                      | C. formación | 41                    | 36.3% | 25              | 36.8% | 3               | 5.6%  | 8                   | 32%   |
|                                      | Informática  | 1                     | 0.9%  | 3               | 4.4 % | 0               | 0%    | 0                   | 0%    |
|                                      | Euskera      | 14                    | 12.4% | 10              | 14.7% | 6               | 11.1% | 6                   | 24%   |
|                                      | Otros        | 6                     | 5.3%  | 2               | 2.9%  | 6               | 11.1% | 6                   | 24%   |

## 1.2. Características laborales de la muestra

Se han considerado variables que aparecen en los cuestionarios que aportan información de la muestra sobre aspectos sociolabores, la unidad en la que desempeñan su trabajo, categoría, antigüedad, tipo de relación de empleo y tipo de jornada, entre otras. En

relación a las características sociolaborales, en la Tabla 21 se describen las variables para el total de la muestra.

Tabla 21

*Variables laborales*

| Variables                  | Categoría profesional |        |                 |        |                 |       |                     |      |
|----------------------------|-----------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------|---------------------|------|
|                            | Enfermeras            |        | Aux. enfermería |        | Est. enfermería |       | Est.aux. enfermería |      |
| Antigüedad (media, Dt)     |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Activo (meses)             | 1130.60               | 653.39 | 1233.68         | 650.78 | --              | --    | --                  | --   |
| En prácticas               | --                    | --     | --              | --     | --              | --    | --                  | --   |
| Relación laboral           |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Fijos                      | 54                    | 47.8   | 35              | 51.5   | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Interino                   | 18                    | 15.9   | 3               | 4.4    | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Temporal                   | 41                    | 36.3   | 30              | 44.1   | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Est. prácticas             | 0                     | 0%     | 0               | 0%     | 54              | 100%  | 25                  | 100% |
| Turno                      |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Mañana                     | 11                    | 9.7%   | 3               | 4.4%   | 48              | 88.9% | 18                  | 72%  |
| Tarde                      | 3                     | 2.7%   | 3               | 4.4%   | 1               | 1.9%  | 1                   | 4%   |
| Mañana-tarde               | 17                    | 15.0%  | 5               | 7.4%   | 5               | 9.3%  | 5                   | 20%  |
| Mñ – tarde - noche         | 81                    | 71.7%  | 57              | 83.8%  | 0               | 0%    | 1                   | 4%   |
| Noche                      | 1                     | 0.9%   | 0               | 0%     | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Trabajo cara al público    |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Sí                         | 113                   | 100%   | 68              | 100%   | 54              | 100%  | 25                  | 100% |
| No                         | 0                     | 0%     | 0               | 0%     | 0               | 0,0%  | 0                   | 0%   |
| Trabajo en grupo           |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Sí                         | 113                   | 100%   | 68              | 100%   | 54              | 100%  | 25                  | 100% |
| No                         | 0                     | 0%     | 0               | 0%     | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Relación con el cliente    |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Buena                      | 93                    | 82.3%  | 53              | 77.9%  | 48              | 88.9% | 23                  | 92%  |
| Difícil                    | 4                     | 3.5%   | 1               | 1.5%   | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Según estado salud cliente | 16                    | 14.2%  | 14              | 20.6%  | 6               | 11.1% | 2                   | 8%   |
| Tipo de jornada            |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Completa                   | 91                    | 80.5%  | 57              | 83.8%  | 50              | 92.6% | 25                  | 100% |
| Reducida                   | 19                    | 16.8%  | 8               | 11.8%  | 4               | 7%    | 0                   | 0%   |
| Otros                      | 3                     | 2.7%   | 2               | 2.9%   | 0               | 0%    | 0                   | 0%   |
| Excedencia voluntaria      |                       |        |                 |        |                 |       |                     |      |
| Sí                         | 7                     | 6.2%   | 4               | 5.9%   | --              | --    | --                  | --   |
| No                         | 105                   | 92.2%  | 64              | 94.1%  | --              | --    | --                  | --   |
| NC                         | 1                     | 5.9%   | --              | --     | --              | --    | --                  | --   |

Al final de este grupo de variables laborales se incluyeron preguntas sobre trabajo de cara al público, trabajo en grupo, tipo de relación con el cliente, valoración de experiencia

profesional, traslado de servicio, reducción de jornada, abandono de profesión, cambio horario de trabajo y excedencia voluntaria (ver Tabla 22).

Tabla 22

*Preguntas de valoración profesional y conciliación de la vida laboral y personal*

| Variables              | Categoría profesional |       |                 |       |                |       |                    |     |
|------------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|----------------|-------|--------------------|-----|
|                        | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est.enfermería |       | Est.aux.enfermería |     |
| Valoración experiencia |                       |       |                 |       |                |       |                    |     |
| Poco satisfactoria     | 3                     | 2.7%  | 1               | 1.5%  | 1              | 1.9%  | 1                  | 4%  |
| Satisfactoria          | 81                    | 71.7% | 50              | 73.5% | 28             | 51.9% | 10                 | 40% |
| Muy satisfactoria      | 29                    | 25.7% | 17              | 25.0% | 25             | 46.3% | 14                 | 56% |
| Traslado servicio      |                       |       |                 |       |                |       |                    |     |
| Sí                     | 36                    | 31.9% | 18              | 26.5% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| No                     | 77                    | 68.1% | 50              | 73.5% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| Reducción jornada      |                       |       |                 |       |                |       |                    |     |
| Sí                     | 29                    | 25.7% | 19              | 27.9% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| No                     | 82                    | 72.6% | 49              | 72.1% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| NC                     | 1                     | 0.9%  | 0               | 0%    | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| Abandono profesión     |                       |       |                 |       |                |       |                    |     |
| Sí                     | 12                    | 10.6% | 3               | 4.4%  | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| No                     | 101                   | 89.4% | 65              | 95.6% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| Cambio horario         |                       |       |                 |       |                |       |                    |     |
| Sí                     | 43                    | 38.1% | 22              | 32.4% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |
| No                     | 70                    | 61.9% | 46              | 67.6% | 0              | 0%    | 0                  | 0%  |

### 1.3. Características personales de salud de la muestra

En relación a las características personales de salud de la muestra, se incluyeron variables sobre aspectos personales de salud como el padecimiento de enfermedad crónica o incapacitante, haber recibido la baja médica en el último año o si estima que el estado de salud, tanto física como psicológica, empeoró a consecuencia del trabajo (ver Tabla 23).

Tabla 23

*Variables de salud*

| Variables                       | Categoría profesional |        |                 |       |                 |       |                      |      |
|---------------------------------|-----------------------|--------|-----------------|-------|-----------------|-------|----------------------|------|
|                                 | Enfermeras            |        | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est. aux. enfermería |      |
| Enferm. crónica / incapacitante |                       |        |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                              | 10                    | 8.8%   | 9               | 13.2% | 5               | 9.3%  | 1                    | 4%   |
| No                              | 103                   | 91.2%  | 59              | 86.8% | 49              | 90.7% | 24                   | 96%  |
| Baja médica / enfermedad        |                       |        |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                              | 39                    | 34.5%  | 30              | 44.1% | 19              | 35.2% | 7                    | 28%  |
| No                              | 74                    | 65.5%  | 38              | 55.9% | 35              | 64.8% | 18                   | 72%  |
| Indicar tiempo baja médica      |                       |        |                 |       |                 |       |                      |      |
| (media, Dt)                     | 133,83                | 44.18% | 27,88           | 70.29 | 1,38            | 2.39  | 2,12                 | 5.09 |
| Est. salud por trabajo          |                       |        |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                              | 68                    | 60.2%  | 39              | 57.4% | 15              | 27.8% | 5                    | 20%  |
| No                              | 45                    | 39.8%  | 29              | 42.6% | 39              | 72.2% | 20                   | 80%  |
| Tipo enfermedad                 |                       |        |                 |       |                 |       |                      |      |
| Ninguno                         | 45                    | 39.8%  | 29              | 42.6% | 39              | 72.2% | 20                   | 80%  |
| Cansancio                       | 50                    | 44.2%  | 22              | 32.4% | 12              | 22.2% | 5                    | 20%  |
| Fatiga                          | 2                     | 1.8%   | 4               | 5.9%  | 0               | 0%    | 0                    | 0%   |
| Dolores                         | 12                    | 10.6%  | 7               | 10.3% | 1               | 1.9%  | 0                    | 0%   |
| Irritabilidad                   | 1                     | 0.9%   | 2               | 2.9%  | 0               | 0%    | 0                    | 0%   |
| Dific. concentr                 | 0                     | 0.0%   | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 0                    | 0%   |
| Probl. memoria                  | 0                     | 0.0%   | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 0                    | 0%   |
| Ansiedad                        | 2                     | 1.8%   | 2               | 2.9%  | 1               | 1.9%  | 0                    | 0%   |
| Otros                           | 1                     | 0.9%   | 2               | 2.9%  | 1               | 1.9%  | 0                    | 0%   |

#### 1.4. Características de consumo y de ocio de la muestra

Respecto a las características de consumo y de ocio, se incluyeron variables como el consumo de tabaco, consumo de fármacos, tipo de hábitos de consumo, participación en alguna asociación y valoración de situación económica (ver Tabla 24).

Tabla 24

*Variables de consumo y de ocio*

| Variables                                                 | Categoría profesional |       |                 |       |                 |       |                      |      |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|----------------------|------|
|                                                           | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est. aux. enfermería |      |
| Consumo tabaco                                            |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                                                        | 24                    | 21.2% | 28              | 41.2% | 11              | 20.4% | 8                    | 32%  |
| No                                                        | 89                    | 78.8% | 40              | 58.8% | 43              | 79.6% | 17                   | 68%  |
| Consumo fármacos                                          |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                                                        | 27                    | 24.1% | 15              | 22.1% | 12              | 22.2% | 3                    | 12%  |
| No                                                        | 84                    | 75%   | 53              | 77.9% | 42              | 77.8% | 22                   | 88%  |
| Otro tipo consumo                                         |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                                                        | 86                    | 76.1% | 57              | 83.8% | 42              | 77.8% | 17                   | 68%  |
| No                                                        | 27                    | 23.9% | 11              | 16.2% | 12              | 22.2% | 8                    | 32%  |
| Indicar tipo consumo                                      |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Ninguno                                                   | 25                    | 22.1% | 11              | 16.2% | 12              | 22.2% | 8                    | 32%  |
| Café                                                      | 66                    | 58.4% | 49              | 72.1% | 27              | 50%   | 8                    | 32%  |
| Alcohol                                                   | 6                     | 5.3%  | 3               | 4.4%  | 10              | 18.5% | 2                    | 8%   |
| Bebidas refrescantes                                      | 8                     | 7.1%  | 3               | 4.4%  | 4               | 7.4%  | 5                    | 20%  |
| Chocolate                                                 | 8                     | 7.1%  | 2               | 2.9%  | 0               | 0%    | 2                    | 8%   |
| Otros                                                     | 0                     | 0%    | 0               | 0%    | 1               | 1.9%  | 0                    | 0%   |
| Part. asociación                                          |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                                                        | 9                     | 8%    | 6               | 9%    | 7               | 13%   | 2                    | 8%   |
| No                                                        | 104                   | 92%   | 61              | 91%   | 47              | 87%   | 23                   | 92%  |
| Indicar horas / semana dedicadas a asociación (media, Dt) | 5                     | 4.535 | 8               | 9.24  | 3.42            | 2.63  | 4,5                  | 4.94 |
| Horas por semana deporte (media, Dt)                      | 5,28                  | 4,78  | 7,9             | 5,56  | 5,51            | 3,69  | 5,72                 | 2,61 |
| Deporte / ocio                                            |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                                                        | 63                    | 56.3% | 35              | 52.2% | 31              | 57.4% | 12                   | 48%  |
| No                                                        | 49                    | 43.8% | 32              | 47.8% | 23              | 42.6% | 13                   | 52%  |
| Realiza otro tipo ocio                                    |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Sí                                                        | 111                   | 44.8% | 62              | 25%   | 51              | 20.6% | 24                   | 9.7% |
| No                                                        | 2                     | 16.7% | 6               | 50%   | 3               | 25.0% | 1                    | 8.3% |
| Tipo ocio                                                 |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Ninguno                                                   | 2                     | 1.8%  | 7               | 10.3% | 3               | 5.6%  | 1                    | 4%   |
| Lectura                                                   | 76                    | 67.3% | 51              | 75%   | 24              | 44.4% | 5                    | 20%  |
| Oír música                                                | 5                     | 4.4%  | 5               | 7.4%  | 16              | 29.6% | 12                   | 48%  |
| teatro                                                    | 0                     | 0%    | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 0                    | 0%   |
| cine                                                      | 6                     | 5.3%  | 3               | 4.4%  | 4               | 7.4%  | 1                    | 4%   |
| Salir con amigos                                          | 21                    | 18.6% | 2               | 2.9%  | 6               | 11.1% | 4                    | 16%  |
| Manualidades                                              | 0                     | 0%    | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 0                    | 0%   |
| Juegos de azar                                            | 0                     | 0%    | 0               | 0%    | 1               | 1.9%  | 0                    | 0%   |
| Otros                                                     | 3                     | 2.7%  | 0               | 0%    | 0               | 0%    | 2                    | 8%   |
| Valoración sit. económica                                 |                       |       |                 |       |                 |       |                      |      |
| Poco satisfactoria                                        | 14                    | 12.4% | 18              | 26.5% | 16              | 29.6% | 7                    | 28%  |
| Satisfactoria                                             | 90                    | 79.6% | 47              | 69.1% | 34              | 63%   | 14                   | 56%  |
| Muy satisfactoria                                         | 9                     | 8%    | 3               | 4.4%  | 4               | 7.4%  | 3                    | 12%  |

### **1.5. Características del estado anímico de la muestra**

Se solicitó escoger entre cinco opciones de respuesta (intranquilo, desesperado, enfadado, enérgico, cansado, confundido, confiado, etc.) aquella que mejor describiera el estado de ánimo en el momento de realizar el cuestionario. El 50% señaló encontrarse animado/a ( $n = 130$ ); 43.8% alegre ( $n = 114$ ); el 43.8% activo/a ( $n = 114$ ); el 42.3%; cansado ( $n = 110$ ); el 39.2% luchador/a ( $n = 102$ ); el 30% comprensivo ( $n = 78$ ); el 26.5%; servicial ( $n = 69$ ). En el otro extremo, el 0.8% se describió infeliz ( $n = 2$ ); el 1.2% furioso/a ( $n = 3$ ); 1.5% desesperado/a ( $n = 4$ ) y el 1.9% se describió como exhausto, deprimido y agitado ( $n = 5$ ).

## **2. Análisis de validez de contenido, aparente y factorial del Inventario de Factores**

### **Psicosociales (IFPOS)**

**Objetivo específico número 1.** Diseñar y validar un cuestionario de aspectos psicosociales organizacionales y extralaborales. Este instrumento se denominó Inventario de Aspectos Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS).

Antes de proceder al diseño y validación de la escala IFPOS se procedió a establecer la validez de contenido. Con tal fin, se elaboró un primer cuestionario de 295 ítems que cubrían diferentes constructos sobre: factores propios de la profesión; factores de relación interpersonal; factores organizacionales y laborales; factores personales; habilidades; competencias interpersonales; factores de recursos tecnológicos propios de la profesión; factores relacionados con la gestión y administración; factores ambientales; factores psicosociales extralaborales. Estos diez indicadores se basan en una comparación conceptual de la metodología ISTAS-21 y RED-WONT.

La construcción de la escala pasa por las siguientes etapas: en primer lugar, la determinación del constructo a través de las posibles dimensiones que lo integran; en segundo

lugar, el análisis de jueces y el establecimiento del acuerdo; en tercer lugar, la construcción del inventario basado en la validez aparente y de contenido; en cuarto lugar, establecer la validez factorial a través de dos análisis factoriales de primer y de segundo orden mediante el método de componentes principales.

## **2.1. Validez de contenido y aparente**

La validez de contenido se llevó a cabo después de revisar dos instrumentos de medida por parte de la autora y que ya han sido mencionados: ISTAS-21 y RED-WONT. La autora realizó un muestreo de los posibles ítems a partir de los dos instrumentos. Se realizó una revisión de la conceptualización y operacionalización de los constructos con el fin de especificar previamente las dimensiones que se iban a medir. El objetivo será que los ítems de un instrumento de medición sean relevantes y representativos del constructo.

Se creó un panel de cuatro expertos que analizaron los ítems de la escala ISTAS-21 y RED-WONT. Los expertos fueron cuatro psicólogos de la Universidad de Deusto con conocimientos en cuestiones relacionadas sobre la calidad de vida y el estrés ocupacional. Se consideró que estas personas podrían aportar información, evidencias y juicios sobre la pertinencia y la calidad semántica y sintáctica de los ítems que serían seleccionados. Además, en la selección intervinieron otros criterios: experiencia demostrada en la realización de juicios y toma de decisiones basadas en la experiencia, disponibilidad y motivación, e imparcialidad.

Desde el punto de vista cuantitativo, el criterio de selección de los ítems fue que el 80% de los jueces estén de acuerdo de que el ítem es suficientemente válido como para ser incorporado al instrumento.

Una vez se seleccionaron los jueces se llevaron a cabo los siguientes pasos: a) se les facilitaron las instrucciones sobre la forma de evaluar la idoneidad de los ítems de acuerdo a la claridad semántica y sintáctica; b) se facilitó una plantilla en la que debían proceder a emparejar cada ítem con los “n” dominios de interés.

El cálculo de la concordancia interjueces se calculó con el coeficiente Kappa utilizado mediante una escala nominal (ítem pertinente-item no pertinente). El estadístico tiene un rango entre -1 y 1, pero generalmente se ubica entre 0 y 1. Si el coeficiente es 1 indica acuerdo perfecto entre los evaluadores, si es 0 indica que el acuerdo no es mayor que el esperado por el azar, y si el valor del coeficiente es negativo el nivel de acuerdo es inferior al esperado por el azar. En nuestro caso, tomamos un nivel de acuerdo de 0.80.

Los criterios aplicados fueron los siguientes: a) Suficiencia. Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta; b) Claridad. El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas; c) Coherencia. El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo; d) Relevancia. El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.

Una vez sometido al criterio de los jueces se eliminaron un total de 40 ítems, llegando a la muestra de dominio de 255 ítems con una Kappa media de .82.

Posteriormente, se realizó el análisis factorial de las 10 escalas del Inventario de Factores Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS), mediante el método de los componentes principales con rotación Varimax, a fin de poder identificar qué componentes constituían los constructos de las 10 escalas.

El índice KMO de Kaiser-Meyer-Olkin es una medida de adecuación de la muestra que permite comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las

magnitudes de correlación parcial. Se considera que la existencia de valores bajos en el índice KMO desaconseja la aplicación del análisis factorial. Se trata de una clasificación comúnmente aceptada para la evaluación de la adecuación del modelo factorial y su interpretación de acuerdo con Kaiser (1974) (ver Tabla 25).

Tabla 25

*Baremo de evaluación del índice KMO (Kaiser, 1974)*

| Evaluación Índice KMO |   |     |       | Interpretación Kaiser |
|-----------------------|---|-----|-------|-----------------------|
| 1                     | ≥ | KMO | > .90 | Muy bueno/excelente   |
| .90                   | ≥ | KMO | > .80 | Meritorio/bueno       |
| .80                   | ≥ | KMO | > .70 | Mediano/aceptable     |
| .70                   | ≥ | KMO | > .60 | Mediocre/ regular     |
| .60                   | ≥ | KMO | > .50 | Bajo/malo             |
| ≤ .50                 |   | KMO |       | Inaceptable/muy malo  |

## 2.2. Análisis factorial de primer orden

El análisis factorial de primer orden se llevó a cabo con las 10 escalas que configuran el Inventario de Factores Psicosociales (IFPOS).

### 2.2.1. Análisis factorial: factores propios.

Antes de la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .876, que según Kaiser sería meritorio, señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(435) = 2503.403$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes

elevadas. Al igual que en los índices previos, indica que la matriz de datos es adecuada para realizar el análisis factorial exploratorio.

c. Extracción y rotación de factores

Del análisis de componentes principales se deduce, en primer lugar, la existencia de ocho factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (8.35); factor 2 (2.06); factor 3 (1.81); factor 4 (1.67); factor 5 (1.29); factor 6 (1.21); factor 7 (1.13); y el factor 8 (1.05). Por este motivo fueron adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente es del 62.08%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 26.

Salvo en los factores 6, 7 y 8, en el resto de casos se cumplió el requisito estar integrados por al menos tres variables, por lo que estos tres factores fueron eliminados de la solución factorial final. Por otro lado, en la Tabla 26 se ofrecen los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1 (Situaciones poco frecuentes): explicó el 27.86 % de la varianza y se configura mediante seis ítems. Hace referencia a aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, inexperiencia, seguridad y autonomía, sufrir accidente biológico).
- b. Factor 2 (Sobrecarga laboral): explicó el 6.88 % de la varianza y se configuró mediante seis ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, presión del tiempo, sobrecarga mental, interrupciones de tarea).

- c. Factor 3 (Valores y creencias): explicó el 6.05 % de la varianza y se encontró compuesto por cinco ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, apoyo emocional al cliente, incongruencia en la tarea y valores personales).
- d. Factor 4 (Relación con el cliente): explicó el 5.58 % de la varianza y agrupó seis ítems referidos a factores relacionados con tareas propias (por ejemplo, naturaleza problema de salud del cliente, contacto con la enfermedad, muerte, contacto con la familia tras muerte del cliente o usuario).
- e. Factor 5 (Recepción del cliente): explicó el 5.31 % de la varianza y agrupó 3 ítems (por ejemplo, prioridad de tareas según demanda, identificación y registro administrativo de los datos del cliente).

Tabla 26

*Estructura factorial de la muestra objeto de estudio. Factores propios de la profesión de enfermería (n = 260)*

|                                      | F1    | F2   | F3   | F4   | F5   | F6   | F7   | F8   |
|--------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Fpp1                                 |       |      |      | .410 |      |      |      |      |
| Fpp2                                 |       |      |      | .601 |      |      |      |      |
| Fpp3                                 |       |      |      | .661 |      |      |      |      |
| Fpp4                                 |       |      |      | .781 |      |      |      |      |
| Fpp5                                 |       |      |      | .450 |      |      |      |      |
| Fpp6                                 |       |      |      | .639 |      |      |      |      |
| Fpp7                                 |       | .519 |      |      |      |      |      |      |
| Fpp8                                 |       |      |      |      |      |      | .786 |      |
| Fpp9                                 |       |      |      |      | .615 |      |      |      |
| Fpp10                                |       |      |      |      | .770 |      |      |      |
| Fpp11                                | .784  |      |      |      |      |      |      |      |
| Fpp12                                | .676  |      |      |      |      |      |      |      |
| Fpp13                                |       | .652 |      |      |      |      |      |      |
| Fpp14                                |       |      |      |      |      | .731 |      |      |
| Fpp15                                |       | .582 |      |      |      |      |      |      |
| Fpp16                                | .689  |      |      |      |      |      |      |      |
| Fpp17                                |       |      |      |      | .552 |      |      |      |
| Fpp18                                | .556  |      |      |      |      |      |      |      |
| Fpp19                                | .536  |      |      |      |      |      |      |      |
| Fpp20                                |       | .733 |      |      |      |      |      |      |
| Fpp21                                | .584  |      |      |      |      |      |      |      |
| Fpp22                                |       | .637 |      |      |      |      |      |      |
| Fpp23                                |       | .587 |      |      |      |      |      |      |
| Fpp24                                |       |      |      |      |      |      |      | .907 |
| Fpp25                                |       |      | .688 |      |      |      |      |      |
| Fpp26                                |       |      | .755 |      |      |      |      |      |
| Fpp27                                |       |      | .717 |      |      |      |      |      |
| Fpp28                                |       |      | .474 |      |      |      |      |      |
| Fpp29                                |       |      |      |      |      | .659 |      |      |
| Fpp30                                |       |      | .660 |      |      |      |      |      |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 27.86 | 6.88 | 6.05 | 5.58 | 5.31 | 4.05 | 3.79 | 3.52 |
| b. Valores propios (%)               | 8.35  | 2.06 | 1.81 | 1.67 | 1.29 | 1.21 | 1.13 | 1.05 |

### 2.2.2. Análisis factorial: factores de las relaciones interpersonales.

Previo a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .943, es meritorio, según los criterios de Kaiser. Señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(496) = 6718.763$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce la existencia de cuatro factores, cada uno con valores propios superiores a 1: factor 1 (16.25); factor 2 (3.42); factor 3 (1.27); y factor 4 (1.14). Son adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente es 69.06 % y se desglosa en la Tabla 27.

En todos los casos se cumplió el requisito de que los factores se encuentren integrados, al menos, por tres variables que fueron eliminados de la solución factorial final. En la Tabla 27 se presentan los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos, las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera:

- a. Factor 1 (Apoyo Social): explicó el 50.78 % de la varianza y se expresó mediante 15 ítems. Hace referencia factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, relaciones entre compañeros y dirección, oportunidad para hablar sinceramente con los compañeros acerca de los problemas de la unidad o servicio, sentimiento de pertenencia en el trabajo).

- b. Factor 2 (Relaciones interpersonales): explicó el 10.69 % de la varianza y se configuró mediante siete ítems. Representa factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, relaciones interpersonales entre los compañeros, el trabajo con los compañeros, la confianza con el grupo de trabajo).
- c. Factor 3 (Sentimiento de valoración): explicó el 3.99 % de la varianza y está compuesto por cuatro ítems. Representa factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, reconocimiento y sentimiento de ser valorado por compañeros y supervisores).
- d. Factor 4 (Problemas de comunicación): explicó el 3.59 % de la varianza y agrupa cinco ítems referidos a factores relacionados con tareas propias (por ejemplo, problemas de contacto o comunicación con compañeros, supervisores, clientes).

Tabla 27

*Estructura factorial de la muestra objeto de estudio. Factores de relación interpersonal (n = 260)*

|                                      | F1     | F2     | F3    | F4    |
|--------------------------------------|--------|--------|-------|-------|
| Fri1                                 |        |        |       | .690  |
| Fri2                                 |        |        |       | .710  |
| Fri3                                 |        |        |       | .512  |
| Fri4                                 |        |        |       | .687  |
| Fri5                                 |        |        |       | .663  |
| Fri6                                 |        | .686   |       |       |
| Fri7                                 | .456   |        |       |       |
| Fri8                                 | .564   |        |       |       |
| Fri9                                 |        | .706   |       |       |
| Fri10                                |        | .749   |       |       |
| Fri11                                |        | .757   |       |       |
| Fri12                                |        | .622   |       |       |
| Fri13                                |        | .737   |       |       |
| Fri14                                | .615   |        |       |       |
| Fri15                                | .613   |        |       |       |
| Fri16                                | .697   |        |       |       |
| Fri17                                |        | .667   |       |       |
| Fri18                                | .556   |        |       |       |
| Fri19                                | .703   |        |       |       |
| Fri20                                | .693   |        |       |       |
| Fri21                                | .590   |        |       |       |
| Fri22                                | .720   |        |       |       |
| Fri23                                |        |        |       |       |
| Fri24                                |        |        | .829  |       |
| Fri25                                |        |        | .907  |       |
| Fri26                                |        |        | .904  |       |
| Fri27                                |        |        | .853  |       |
| Fri28                                | .661   |        |       |       |
| Fri29                                | .733   |        |       |       |
| Fri30                                | .723   |        |       |       |
| Fri31                                | .689   |        |       |       |
| Fri32                                | .733   |        |       |       |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 50.78% | 10.69% | 3.99% | 3.59% |
| b. Valores propios (%)               | 16.25  | 3.42   | 1.27  | 1.14  |

### 2.2.3. Análisis factorial: factores laborales y organizacionales.

Previo a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial.

- a. El índice KMO = .899 fue meritorio según el criterio Kaiser. Señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(528) = 5056.096$ , con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos fue adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce la existencia de seis factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (11.97); factor 2 (3.27); factor 3 (2.35); factor 4 (2.16); factor 5 (1.32); y factor 6 (1.07). Fueron adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente fue el 67.18%. Se trata de un porcentaje muy representativo que se desglosa en la Tabla 28.

En todos los casos se cumplió el requisito de que los factores están integrados por al menos tres variables y fueron eliminados de la solución factorial final. La Tabla 28 ofrece los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1 (Organización saludable): explicó el 36.29 % de la varianza y se basó en ocho ítems. Hace referencia a aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, oportunidad de desarrollo profesional, la acogida profesional, apoyo grupo de trabajo compañeros y supervisores).

- b. Factor 2 (Organización poco saludable): explicó el 9.93 % de la varianza y se configuró mediante siete ítems. Representa factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, conflicto de tareas, participación toma de decisiones, percepción de incongruencia en el reparto de tareas).
- c. Factor 3 (Promoción y desarrollo profesional): explicó el 7.12 % de la varianza, compuesto por seis ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, oportunidades de promoción profesional, formación continua útil para el puesto).
- d. Factor 4 (Inseguridad en la contratación): explicó el 6.55 % de la varianza y agrupa cuatro ítems referidos a factores relacionados con tareas propias (p.e.: tipo de contratación, inseguridad laboral).
- e. Factor 5 (Turnos y horarios): explicó el 4 % de la varianza y agrupó tres ítems referidos a trabajo a turnos y horarios de trabajo.
- f. Factor 6 (Conciliación vida familiar-laboral): este componente explicó el 3.25 % de la varianza y agrupa cuatro ítems referidos a programas de compensación para los trabajadores u oportunidades de descanso voluntario.

Tabla 28

*Estructura factorial de la muestra. Factores laborales y organizacionales (n = 260)*

| Ítems                                | F1    | F2    | F3   | F4   | F5   | F6   |
|--------------------------------------|-------|-------|------|------|------|------|
| Fol1                                 | .753  |       |      |      |      |      |
| Fol2                                 |       | .582  |      |      |      |      |
| Fol3                                 |       | .586  |      |      |      |      |
| Fol4                                 | .568  |       |      |      |      |      |
| Fol5                                 | .810  |       |      |      |      |      |
| Fol6                                 | .809  |       |      |      |      |      |
| Fol7                                 | .830  |       |      |      |      |      |
| Fol8                                 | .712  |       |      |      |      |      |
| Fol9                                 |       |       |      |      |      |      |
| Fol10                                |       | .702  |      |      |      |      |
| Fol11                                | .478  |       |      |      |      |      |
| Fol12                                |       |       |      |      |      |      |
| Fol13                                |       | .804  |      |      |      |      |
| Fol14                                |       | .661  |      |      |      |      |
| Fol15                                | .564  |       |      |      |      |      |
| Fol16                                |       |       |      |      |      | .434 |
| Fol17                                |       | .635  |      |      |      |      |
| Fol18                                |       |       |      |      |      | .725 |
| Fol19                                |       |       |      |      |      | .766 |
| Fol20                                |       |       |      |      |      | .680 |
| Fol21                                |       |       |      | .837 |      |      |
| Fol22                                |       |       |      | .860 |      |      |
| Fol23                                |       |       |      | .807 |      |      |
| Fol24                                |       |       |      | .834 |      |      |
| Fol25                                |       |       |      |      | .795 |      |
| Fol26                                |       |       |      |      | .788 |      |
| Fol27                                |       |       |      |      | .769 |      |
| FOL28                                |       |       | .682 |      |      |      |
| Fol29                                |       |       | .722 |      |      |      |
| Fol30                                |       |       | .693 |      |      |      |
| Fol31                                |       |       | .794 |      |      |      |
| Fol32                                |       |       | .750 |      |      |      |
| Fol33                                |       |       | .528 |      |      |      |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 36.29 | 9.933 | 7.12 | 6.55 | 4.00 | 3.25 |
| b. Valores propios (%)               | 11.97 | 3.27  | 2.35 | 2.16 | 1.32 | 1.07 |

#### 2.2.4. Análisis factorial: factores personales.

Previo a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelan la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .922, que según Kaiser sería meritorio, señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(153) = 2569.279$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , lo cual revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Al igual que en los índices previos, esto indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce, en primer lugar, la existencia de tres factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (7.93); factor 2 (2.49); y factor 3 (1.14). Este hecho los convierte en adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente es el 64.291%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 29.

En todos los casos se cumplió el requisito de que los factores estuvieran integrados por, al menos, tres variables. Aquellos que no cumplieron fueron eliminados de la solución factorial final. En la Tabla 29 se presentan los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos, las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1 (Falta de competencia profesional): explicó el 44.06 % de la varianza y se configuró con cinco ítems. Hace referencia a factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, percepción de ineficacia en la organización del trabajo, desmotivación y frustración).

- b. Factor 2 (Problemas cognitivos y profesionales): explicó el 13.84 % de la varianza y se configuró mediante nueve ítems. Representa factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, recursos personales o estrategias de afrontamiento adecuadas, baja tolerancia al fracaso, elaboración de información).
- c. Factor 3 (Conducta prosocial): explicó el 6.37 % de la varianza y estuvo compuesto por tres ítems. Representa factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, interés por el bienestar laboral, personal y humano. Canales de comunicación bidireccional).

Tabla 29

*Estructura de factores personales (n = 260)*

|                                      | F1    | F2    | F3   |
|--------------------------------------|-------|-------|------|
| Fper1                                | .688  |       |      |
| Fper2                                |       |       |      |
| Fper3                                |       | .516  |      |
| Fper4                                | .821  |       |      |
| Fper5                                | .854  |       |      |
| Fper6                                | .850  |       |      |
| Fper7                                | .791  |       |      |
| Fper8                                |       | .659  |      |
| Fper9                                |       | .674  |      |
| Fper10                               |       | .560  |      |
| Fper11                               |       | .767  |      |
| Fper12                               |       | .555  |      |
| Fper13                               |       | .666  |      |
| Fper14                               |       | .762  |      |
| Fper15                               |       | .736  |      |
| Fper16                               |       |       | .848 |
| Fper17                               |       |       | .821 |
| Fper18                               |       |       | .801 |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 44.06 | 13.84 | 6.37 |
| b. Valores propios (%)               | 7.93  | 2.49  | 1.14 |

### 2.2.5. Análisis factorial: habilidades interpersonales.

Previo a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .938, que según Kaiser sería meritorio, señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(171) = 3991.587$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce la existencia de tres factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (11.41); factor 2 (1.24); y factor 3 (1.02). Esto los convierte en adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que explicaron conjuntamente fue el 72.01%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 30. En todos los casos se cumplió el requisito de que estuvieran integrados por al menos tres variables. Esto significa que fueron eliminados de la solución factorial final. La Tabla 30 se presentan los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos, las saturaciones fueron superiores a .40. La composición factorial se expresa de la siguiente manera:

- a. Factor 1 (Capacidades de organización): explicó el 60.08 % de la varianza y se configura mediante 11 ítems. Hace referencia a aquellos factores relacionados con habilidades en el ejercicio de la profesión (por ejemplo, capacidad de relación interpersonal, docente, de resolución de conflictos y de mejora continuada).

- b. Factor 2 (Capacidad adaptación a los retos): explicó el 6.52 % de la varianza y se configuró mediante cuatro ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, ver los cambios como retos y preferencia por tareas nuevas).
- c. Factor 3 (Capacidad de comunicación): explicó el 5.40 % de la varianza y se encontró compuesto por tres ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, uso de técnicas de comunicación o la capacidad de comunicación oral y escrita).

Tabla 30

*Estructura factorial de habilidades (n = 260)*

|                                      | F1    | F2   | F3   |
|--------------------------------------|-------|------|------|
| Hab1                                 |       |      |      |
| Hab2                                 |       | .774 |      |
| Hab3                                 |       | .729 |      |
| Hab4                                 |       | .771 |      |
| Hab5                                 |       | .701 |      |
| Hab6                                 |       |      | .699 |
| Hab7                                 |       |      | .517 |
| Hab8                                 | .708  |      |      |
| Hab9                                 | .758  |      |      |
| Hab10                                | .791  |      |      |
| Hab11                                | .706  |      |      |
| Hab12                                | .800  |      |      |
| Hab13                                | .822  |      |      |
| Hab14                                | .595  |      |      |
| Hab15                                | .663  |      |      |
| Hab16                                | .612  |      |      |
| Hab17                                |       |      | .824 |
| Hab18                                | .705  |      |      |
| Hab19                                | .703  |      |      |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 60.08 | 6.52 | 5.40 |
| b. Valores propios (%)               | 11.41 | 1.24 | 1.02 |

### 2.2.6. Análisis factorial: competencias interpersonales.

Previo a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .960, que según Kaiser sería meritorio, indica que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(210) = 2503.403$ , con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se dedujo la existencia de dos factores, cada uno de ellos con valores superiores a 1: factor 1 (14.84) y factor 2 (1.59). Son adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente fue del 78.25% (ver Tabla 31).

En todos los casos se cumple el requisito de que todos los factores estén integrados por al menos tres variables. Esto indica que fueron eliminados de la solución factorial final. En la Tabla 31 se ofrecen los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos, las saturaciones fueron superiores a 0.40. La composición factorial se resuelve de la siguiente manera:

- a. Factor 1 (Competencias interpersonales): explicó el 70.67 % de la varianza y se configuró mediante 15 ítems. Hace referencia a aquellos factores relacionados con los recursos tecnológicos propios de la profesión (por ejemplo, puntualidad, optimismo, capacidad

resolutiva, respeto a los derechos de los usuarios y respeto y valoración del trabajo de los demás).

- b. Factor 2 (Autocontrol): explicó el 7.58 % de la varianza y se configuró mediante cinco ítems. Representa factores relacionados con el autocontrol de la conducta (por ejemplo, gestión del tiempo, gestión del estrés o la concentración).

Tabla 31

*Estructura factorial de Competencias interpersonales (n = 260)*

|                                      | F1    | F2   |
|--------------------------------------|-------|------|
| Cinterp1                             | .683  |      |
| Cinterp2                             | .893  |      |
| Cinterp3                             | .852  |      |
| Cinterp4                             | .731  |      |
| Cinterp5                             | .861  |      |
| Cinterp6                             | .859  |      |
| Cinterp7                             | .823  |      |
| Cinterp8                             | .728  |      |
| Cinterp9                             | .865  |      |
| Cinterp10                            | .754  |      |
| Cinterp11                            | .763  |      |
| Cinterp12                            | .702  |      |
| Cinterp13                            | .518  |      |
| Cinterp14                            | .575  |      |
| Cinterp15                            | .718  |      |
| Cinterp16                            |       |      |
| Cinterp17                            |       | .840 |
| Cinterp18                            |       | .877 |
| Cinterp19                            |       | .855 |
| Cinterp20                            |       | .833 |
| Cinterp21                            |       | .713 |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 70.67 | 7.58 |
| b. Valores propios (%)               | 8.35  | 2.06 |

### 2.2.7. Análisis factorial: recursos tecnológicos propios.

Antes de proceder a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .898, que según Kaiser sería meritorio, señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(91) = 2793.181$  con un nivel de significación  $p < .0001$ . Señala la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se dedujo la existencia de tres factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (7.68); factor 2 (1.98); y factor 3 (1.16). Este hecho los convierte en adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que explicaron conjuntamente fue 77.37% (ver Tabla 32).

En todos los casos se cumplió el requisito de que todos los factores están integrados por al menos tres variables. Esto significa que fueron eliminados de la solución factorial final. Por otro lado, la Tabla 32 muestra los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . Las saturaciones resultaron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1 (Adaptación a las nuevas tecnologías): explicó el 54.887 % de la varianza y se configuró mediante siete ítems. Hace referencia a aquellos factores relacionados con la gestión y la administración (por ejemplo, conocimientos informáticos y uso de la tecnología).

- b. Factor 2 (Formación recursos propios técnicos): explicó el 14.155 % de la varianza y se configuró mediante cuatro ítems. Representa factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, conocimiento de sistemas y quipos y su mantenimiento).
- c. Factor 3 (Fallos tecnológicos): explicó el 8.32 % de la varianza y estuvo compuesto por tres ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, aparatos electrónicos obsoletos, mantenimiento continuo de maquinaria)

Tabla 32

*Estructura factorial de Recursos tecnológicos propios de la profesión de enfermería (n = 260)*

|                                      | F1     | F2     | F3     |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Frtppi1                              |        | .886   |        |
| Frtppi2                              |        | .877   |        |
| Frtppi3                              |        | .582   |        |
| Frtppi4                              |        | .567   |        |
| Frtppi5                              |        |        | .850   |
| Frtppi6                              |        |        | .813   |
| Frtppi7                              |        |        | .757   |
| Frtppi8                              | .797   |        |        |
| Frtppi9                              | .798   |        |        |
| Frtppi10                             | .843   |        |        |
| Frtppi11                             | .877   |        |        |
| Frtppi12                             | .887   |        |        |
| Frtppi13                             | .884   |        |        |
| Frtppi14                             | .854   |        |        |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 54.887 | 14.155 | 8.8328 |
| b. Valores propios (%)               | 7.68   | 1.98   | 1.16   |

### 2.2.8. Análisis factorial: gestión y administración.

Con anterioridad a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables indicaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .922, que según Kaiser sería meritorio, señala que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.

- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(105) = 2770.883$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce la existencia de dos factores, cada uno con valores propios superiores a 1: factor 1 (8.83) y factor 2 (1.11). Este hecho los convierte en adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente fue del 66.30%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 33.

Se cumplió el requisito de que todos los factores estuvieran integrados por al menos tres variables y fueron eliminados de la solución factorial final. En la Tabla 33 se ofrecen los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos, las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, a efectos de interpretación, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera:

- a. Factor 1 (Proceso gestión administrativa): explicó el 57.48 % de la varianza y se configuró mediante 12 ítems. Implica factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, clasificar, integrar y coordinar toda la información recogida, la utilización de cuestionarios y documentos, cumplimiento de burocracia profesionalizada para pedidos, petición pruebas y el aviso de mantenimiento).
- b. Factor 2 (Burocracia excesiva): explicó el 8.82 % de la varianza y se configuró mediante tres ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, duplicidad de información en situaciones de sobrecarga laboral).

Tabla 33

*Estructura factorial de gestión y administración (n = 260)*

|                                      | F1    | F2   |
|--------------------------------------|-------|------|
| Frga1                                | .654  |      |
| Frga2                                | .768  |      |
| Frga3                                | .785  |      |
| Frga4                                | .843  |      |
| Frga5                                | .809  |      |
| Frga6                                | .716  |      |
| Frga7                                |       | .653 |
| Frga8                                |       | .887 |
| Frga9                                |       | .871 |
| Frga10                               | .698  |      |
| Frga11                               | .562  |      |
| Frga13                               | .698  |      |
| Frga14                               | .735  |      |
| Frga15                               | .652  |      |
| Frga16                               | .677  |      |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 54.48 | 8.82 |
| b. Valores propios (%)               | 8.83  | 1.11 |

### 2.2.9. Análisis factorial: factores ambientales.

Con anterioridad a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .920, que según Kaiser sería meritorio, denota que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(300) = 4513.547$ , con un nivel de significación  $p < .0001$ , y revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Señala que la matriz de datos es adecuada para realizar el análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce la existencia de cuatro factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (11.34); factor 2 (2.92); factor 3 (1.67); y factor 4 (1.25). Este hecho los convierte en adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegan a explicar conjuntamente es del 68.78%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 34.

En todos los casos se cumplió el requisito de que todos los factores estuvieran integrados por, al menos, tres variables. Esto significa que fueron eliminados de la solución factorial final. La Tabla 34 presenta los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . Las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1 (Alteraciones medio-ambientales): explicó el 45.39 % de la varianza y se configuró mediante nueve ítems. Hace referencia a aquellos factores relacionados con el ambiente físico de la unidad o servicio (por ejemplo, salas para atender a familiares o para descanso personal, problemas de ventilación).
- b. Factor 2 (Exposición a riesgos laborales): explicó el 11.68 % de la varianza y estuvo compuesto por seis ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (p.e.: químicos, biológicos, radiológicos).
- c. Factor 3 (Espacio físico): explicó el 6.7 % de la varianza. Estuvo compuesto por siete ítems y representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (por ejemplo, espacio físico, ausencia de privacidad del puesto, obstáculos para el acceso las instalaciones del personal o clientes con minusvalías).

- d. Factor 4 (Contaminación acústica): explicó el 5 % de la varianza y se agrupó tres ítems referido a factores relacionados con tareas propias (por ejemplo, situaciones de gran ruido que impide la comprensión de las palabras como sonido elevado, sistemas de comunicación, vibraciones de equipos)

Tabla 34

*Estructura factorial de la muestra. Factores ambientales (n = 260)*

|                                             | F1    | F2    | F3   | F4   |
|---------------------------------------------|-------|-------|------|------|
| Famb1                                       |       |       | .759 |      |
| Famb2                                       |       |       | .873 |      |
| Famb3                                       |       |       | .833 |      |
| Famb4                                       |       |       | .596 |      |
| Famb5                                       |       |       | .756 |      |
| Famb6                                       |       |       | .596 |      |
| Famb7                                       |       |       | .743 |      |
| Famb8                                       | .454  |       |      |      |
| Famb9                                       | .520  |       |      |      |
| Famb10                                      | .672  |       |      |      |
| Famb11                                      | .763  |       |      |      |
| Famb12                                      | .756  |       |      |      |
| Famb13                                      | .818  |       |      |      |
| Famb14                                      | .659  |       |      |      |
| Famb15                                      | .592  |       |      |      |
| Famb16                                      | .662  |       |      |      |
| Famb17                                      |       |       |      | .718 |
| Famb18                                      |       |       |      | .815 |
| Famb19                                      |       |       |      | .788 |
| Famb20                                      |       | .813  |      |      |
| Famb21                                      |       | .767  |      |      |
| Famb22                                      |       | .806  |      |      |
| Famb23                                      |       | .823  |      |      |
| Famb24                                      |       | .715  |      |      |
| Famb25                                      |       | .803  |      |      |
| <i>a. Saturación varianza explicada (%)</i> | 45.39 | 11.68 | 6.7  | 5.0  |
| <i>b. Valores propios (%)</i>               | 11.34 | 2.92  | 1.67 | 1.25 |

## 2.2.10. Análisis factorial: estresores extralaborales.

Previo a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .951, que según Kaiser es meritorio e indica que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2 (1081) = 11897.148$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , revela la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indica que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores.

Del análisis de componentes principales se deduce la existencia de seis factores, cada uno de ellos con valores superiores a 1: factor 1 (23.88); factor 2 (3.17); factor 3 (2.63); factor 4 (1.75); factor 5 (1.47); y factor 6 (1.37). Esto los convierte en adecuados para ser representados en el espacio factorial. El total de varianza acumulada que llegaron a explicar conjuntamente es del 72.95%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 35.

En todos los casos se cumplió el requisito de que los factores estuvieran integrados por al menos tres variables, lo que significa que fueron eliminados de la solución factorial final. Por otro lado, en la Tabla 35 se ofrecen los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos, las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1 (Macroestresores laborales): explicó el 50.82 % de la varianza y se compuso por 14 ítems. Refiere a aquellos factores relacionados con acontecimientos de la vida diaria (por ejemplo, duelo familiar, muerte amigo o compañero, problemas de salud personal o familiar, pérdida de confianza con familiar o amigo, problemas con amigos).

- b. Factor 2 (Situaciones amenazantes): explicó el 6.75 % de la varianza y se configuró mediante 12 ítems. Representa aquellos factores relacionados con aspectos (por ejemplo, denegación cambio de unidad o servicio, sufrir agresión psicológica o sueldo bajo).
- c. Factor 3 (Estrés doméstico): explicó el 5.59 % de la varianza, compuesto por 9 ítems. Representa aquellos factores relacionados con tareas propias de la profesión (p.e.: estrés doméstico por duplicidad laboral, problemas escolares en el hogar, problemas de relaciones interpersonales en el hogar).
- d. Factor 4 (Carencia relaciones interpersonales): explicó el 3.72 % de la varianza mediante 4 ítems referidos a factores relacionados con tareas propias (por ejemplo, oportunidad de hablar sinceramente con amigos o familiares sobre problemas de trabajo, o sobre experiencias vividas en el trabajo).
- e. Factor 5 (Inestabilidad laboral): agrupa 4 ítems referidos a aspecto como: cambio en el puesto de trabajo, pérdida del trabajo. Este componente explica el 3.14 % de la varianza.
- f. Factor 6 (Medio de transporte): este componente explicó el 1.37 % de la varianza mediante 3 ítems (medios de transporte por horarios o disponer vehículo propio).

Tabla 35. Estructura factorial de la muestra. Estresores extralaborales (n = 260)

|                                      | F1    | F2   | F3   | F4   | F5   | F6   |
|--------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|
| Fpsext1                              | .608  |      |      |      |      |      |
| Fpsext2                              | .656  |      |      |      |      |      |
| Fpsext3                              | .533  |      |      |      |      |      |
| Fpsext4                              | .537  |      |      |      |      |      |
| Fpsext5                              | .750  |      |      |      |      |      |
| Fpsext6                              | .761  |      |      |      |      |      |
| Fpsext7                              | .828  |      |      |      |      |      |
| Fpsext8                              | .853  |      |      |      |      |      |
| Fpsext9                              | .775  |      |      |      |      |      |
| Fpsext10                             | .861  |      |      |      |      |      |
| Fpsext11                             | .787  |      |      |      |      |      |
| Fpsext12                             | .778  |      |      |      |      |      |
| Fpsext13                             |       |      |      |      |      |      |
| Fpsext14                             |       |      |      | .837 |      |      |
| Fpsext15                             |       |      |      | .820 |      |      |
| Fpsext16                             |       |      |      | .807 |      |      |
| Fpsext17                             |       |      |      | .612 |      |      |
| Fpsext18                             |       |      | .481 |      |      |      |
| Fpsext19                             |       |      | .531 |      |      |      |
| Fpsext20                             |       |      | .509 |      |      |      |
| Fpsext21                             | .482  |      | .    |      |      |      |
| Fpsext22                             |       |      | .702 |      |      |      |
| Fpsext23                             |       |      | .707 |      |      |      |
| Fpsext24                             |       |      | .689 |      |      |      |
| Fpsext25                             |       |      | .647 |      |      |      |
| Fpsext26                             | .513  |      |      |      |      |      |
| Fpsext27                             |       |      | .489 |      |      |      |
| Fpsext28                             |       |      | .528 |      |      |      |
| Fpsext29                             |       |      |      |      | .780 |      |
| Fpsext30                             |       |      |      |      | .778 |      |
| Fpsext31                             |       |      |      |      | .806 |      |
| Fpsext32                             |       |      |      |      | .656 |      |
| Fpsext33                             |       | .586 |      |      |      |      |
| Fpsext34                             |       | .708 |      |      |      |      |
| Fpsext35                             |       | .568 |      |      |      |      |
| Fpsext36                             |       | .748 |      |      |      |      |
| Fpsext37                             |       | .786 |      |      |      |      |
| Fpsext38                             |       | .736 |      |      |      |      |
| Fpsext39                             |       | .740 |      |      |      |      |
| Fpsext40                             |       | .700 |      |      |      |      |
| Fpsext41                             |       | .744 |      |      |      |      |
| Fpsext42                             |       | .768 |      |      |      |      |
| Fpsext43                             |       | .759 |      |      |      |      |
| Fpsext44                             |       | .773 |      |      |      |      |
| Fpsext45                             |       |      |      |      |      | .709 |
| Fpsext46                             |       |      |      |      |      | .666 |
| Fpsext47                             |       |      |      |      |      | .759 |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 50.82 | 6.75 | .59  | 3.72 | 3.14 | 1.37 |
| b. Valores propios (%)               | 23.88 | 3.17 | 2.63 | 1.75 | 1.47 | 1.37 |

## 2.3. Análisis factorial de segundo orden

### 2.3.1. Análisis factorial de segundo orden de todas las subescalas entre sí mismas.

Tras el primer análisis, se realizó un análisis factorial de segundo orden (índice KMO = .893, prueba de esfericidad de Bartlett  $p = .000$ ) con el objetivo de simplificar y clarificar la estructura derivada del primer análisis factorial y comprobar cómo se agrupan los 7 macrofactores extraídos. Como señala la Tabla 36, las siete escalas obtienen unas saturaciones superiores a 0.70, por lo que se consideró que todos los factores son en apariencia ortogonales.

Con anterioridad a la extracción y rotación de factores, los dos índices de asociación entre las variables revelaron la idoneidad de la aplicación posterior del análisis factorial:

- a. El índice KMO = .893, que según Kaiser es meritorio, señaló que la matriz es adecuada para proceder a un análisis factorial.
- b. El test de esfericidad de Barlett fue de  $\chi^2(666) = 6568.395$  con un nivel de significación  $p < .0001$ , reveló la existencia de intercorrelaciones significativas y de magnitudes elevadas. Indicó que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial exploratorio.
- c. Extracción y rotación de factores

Del análisis de componentes principales se dedujo la existencia de siete factores, cada uno de ellos con valores propios superiores a 1: factor 1 (13.249); factor 2 (4.327); factor 3 (2.49); factor 4 (1.71); factor 5 (1.52); factor 6 (1.39); y el factor 7 (1.13). Son adecuados para ser representados en el espacio factorial. Para este segundo análisis, el total de varianza

acumulada que llegan a explicar conjuntamente el 69.81%. Este es un porcentaje representativo que se desglosa en la Tabla 36.

En todos los casos se cumplió el requisito de que todos los factores estuviesen integrados por al menos tres variables y fueron eliminados de la solución factorial final. Por otro lado, en la Tabla 36 se ofrecen los datos estadísticos de las saturaciones ítem-factor, tomando como nivel de significación  $p < .05$ . En todos los casos las saturaciones fueron superiores a .40. Por otro lado, la composición factorial se resuelve de la siguiente manera a efectos de interpretación:

- a. Factor 1. Recursos profesionales y formación: explicó el 35.80 % de la varianza y se configuró mediante ocho factores. Se refiere a aquellos factores relacionados con capacidades de organización, adaptación a retos, capacidad de comunicación, competencia interpersonal, autocontrol, adaptación a las nuevas tecnologías, formación recursos propios, procesos de gestión administrativa.
- b. Factor 2. Demandas laborales organizacionales (estrés general personal y laboral): explicó el 11.69 % de la varianza y se configuró con siete factores. Representa aquellos aspectos relacionados con la inseguridad contractual, macroestresores laborales, situaciones amenazantes, estrés doméstico, carencia de relaciones interpersonales, inestabilidad laboral o problemas de movilidad medio de transporte.
- c. Factor 3. Aspectos psicológicos personales: explicó el 6.73 % de la varianza, compuesto por cuatro factores. Representa factores relacionados con factores como apoyo social, relaciones interpersonales, problemas de comunicación, problemas psicológicos individuales.

- d. Factor 4. Demandas laborales unidad asistencial (estrés sanitario propio del entorno laboral): explicó el 4.63 % de la varianza y agrupó seis factores referido a factores relacionados con el estrés propio de la tarea (por ejemplo, situaciones poco frecuentes, sobrecarga laboral, valores y creencias, relación con el cliente, acogida al cliente o burocracia excesiva).
- e. Factor 5. Factores ambientales unidad asistencial: este componente explicó el 4.12% de la varianza y agrupó seis factores referidos al ambiente y espacio físico del servicio o unidad (por ejemplo, organización poco saludable, fallos tecnológicos, alteración medio ambiente, exposición a riesgos laborales, espacio físico o contaminación acústica).
- f. Factor 6. Recursos laborales organización-trabajador (conductas saludables organizacionales): este componente explicó el 3.75 % de la varianza. Constituye el último de los factores extralaborales mediante tres factores referentes a la promoción de desarrollo personal, conciliación familiar-laboral y conducta prosocial.
- g. Factor 7. Recursos laborales positivos organización-trabajador (actitudes positivas entre organización-trabajador): este componente explicó el 3.06 % de la varianza. Se agrupó mediante tres factores referentes a sentimientos de valoración, organización saludable y competencial profesionales.

Tabla 36

*Estructura factorial de segundo orden. Subescalas entre sí mismas (n = 260)*

|                                      | F1    | F2    | F3   | F4   | F5   | F6   | F7    |
|--------------------------------------|-------|-------|------|------|------|------|-------|
| Situaciones poco frecuentes          |       |       |      | .611 |      |      |       |
| Sobrecarga laboral                   |       |       |      | .604 |      |      |       |
| Valores y creencias                  |       |       |      | .586 |      |      |       |
| Relación cliente                     |       |       |      | .661 |      |      |       |
| Acogida cliente                      |       |       |      | .647 |      |      |       |
| Apoyo social                         |       |       | .815 |      |      |      |       |
| Relaciones interpersonales           |       |       | .858 |      |      |      |       |
| Sentimientos valoración              |       |       |      |      |      |      | .688  |
| Problemas comunicación               |       |       | .827 |      |      |      |       |
| Organización saludable               |       |       |      |      |      |      | .566  |
| Organización poco saludable          |       |       | .563 |      | .458 |      |       |
| Promoción y desarrollo profesional   |       |       |      |      |      | .459 |       |
| Inseguridad contractual              |       | .457  |      |      |      |      |       |
| Conciliación famillabor              |       |       |      |      |      | .913 |       |
| Competencia profesional              |       |       |      |      |      |      | .599  |
| Problemas psicológicos               |       |       | .467 |      |      |      |       |
| Conducta prosocial                   |       |       |      |      |      | .907 |       |
| Capacidades organizacionales         | .849  |       |      |      |      |      |       |
| Adaptación a retos                   | .754  |       |      |      |      |      |       |
| Capacidad comunicación               | .680  |       |      |      |      |      |       |
| Competencias interpersonales         | .832  |       |      |      |      |      |       |
| Autocontrol                          | .792  |       |      |      |      |      |       |
| Adaptación nuevas tecnologías        | .762  |       |      |      |      |      |       |
| Formación recursos propios           | .698  |       |      |      |      |      |       |
| Fallos tecnológicos                  |       |       |      |      | .460 |      |       |
| Procesos gestión administrativa      | .590  |       |      |      |      |      |       |
| Burocracia excesiva                  |       |       |      | .514 |      |      |       |
| Alteración medio ambiente            |       |       |      |      | .757 |      |       |
| Exposición a riesgos laborales       |       | .580  |      |      | .518 |      |       |
| Espacio físico                       |       |       |      |      | .666 |      |       |
| Contaminación acústica               |       |       |      |      | .711 |      |       |
| Macroestrés laboral                  |       | .808  |      |      |      |      |       |
| Situación amenazante                 |       | .897  |      |      |      |      |       |
| Estrés doméstico                     |       | .749  |      |      |      |      |       |
| Carencia relaciones interpersonales  |       | .511  |      |      |      |      |       |
| Inestabilidad laboral                |       | .796  |      |      |      |      |       |
| Medio de transporte                  |       | .665  |      |      |      |      |       |
| a. Saturación varianza explicada (%) | 35.80 | 11.69 | 6.73 | 4.63 | 4.12 | 3.75 | 3.06% |
| b. Valores propios (%)               | 13.24 | 4.32  | 2.49 | 1.71 | 1.52 | 1.39 | 13.24 |

**Nota. IFPOS.** F1. Recursos profesionales y formación; F2. Demandas laborales organizacionales; F3. Aspectos psicológicos personales; F4. Demandas laborales unidad asistencial; F5. Factores ambientales unidad asistencial; F6. Recursos laborales organización-trabajador; F7. Recursos laborales positivos organización-trabajador.

### 2.3.2. Consistencia interna.

Para cada uno de los factores, así como la escala global, se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach que es el indicador de la fiabilidad como consistencia interna del instrumento. A continuación (ver Tabla 37) se detallan los criterios de interpretación (Muñiz, 2005; Prieto y Muñiz, 2000):

Tabla 37

*Criterios de interpretación fiabilidad*

| Indicador          | Evaluación                 |
|--------------------|----------------------------|
| $r < .60$          | Inadecuada                 |
| $.60 \leq r < .70$ | Adecuada pero con déficits |
| $.70 \leq r < .80$ | Adecuada                   |
| $.80 \leq r < .85$ | Buena                      |
| $r \geq .85$       | Excelente                  |

El análisis de la escala mostró una alta consistencia interna, manifestada con un  $\alpha$  de Cronbach de .95. Con respecto a la consistencia interna de estos siete factores, todos presentaron un coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach superior a .7 (ver Tabla 38).

Tabla 38

*Consistencia interna análisis factorial de segundo orden. Subescalas entre sí mismas*

| Factores | Descripción                                          | Ítems / subescalas | Alfa de Cronbach |
|----------|------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| Factor 1 | Recursos profesionales y formación                   | 61 / 8             | .91              |
| Factor 2 | Demandas laborales organizacionales                  | 50 / 7             | .873             |
| Factor 3 | Aspectos psicológicos personales                     | 36 / 4             | .885             |
| Factor 4 | Demandas laborales unidad asistencial                | 29 / 6             | .744             |
| Factor 5 | Factores ambientales unidad asistencial              | 35 / 6             | .86              |
| Factor 6 | Recursos laborales organización-trabajador           | 13 / 3             | .838             |
| Factor 7 | Recursos laborales positivos organización-trabajador | 17 / 3             | .86              |

*Nota:* factor 1 = 62 (elimina 1 y quedan 61); factor 3 = 35 (se añade uno y quedan 36).

### 3. Análisis descriptivo e inferencial variables cuantitativas

#### 3.1. Análisis Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable (IFPOS)

##### A. Análisis descriptivo

Para dar respuesta al objetivo número dos, en la Tabla 40 se pueden observar los estadísticos descriptivos correspondientes a cada uno de los factores que configuran el inventario de factores psicosociales y las puntuaciones medias en las dimensiones para cada factor. En el cuestionario se preguntaba acerca del nivel de incomodidad que causa el problema en los últimos treinta días. Se incluyen estadísticos descriptivos de los subfactores/macrofactores psicosociales ante situaciones de estrés por categoría (aquellos que menos incomodidad causa).

Tabla 40

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones IFPOS*

| Dimensiones |                                                      | <i>n</i> = 260 |        |
|-------------|------------------------------------------------------|----------------|--------|
|             |                                                      | Media          | Dt     |
| F 1         | Recursos profesionales y Formación                   | 1.4640         | .86337 |
| F 2         | Estrés general personal y laboral                    | 1.5188         | .93253 |
| F 3         | Aspectos psicológicos personales                     | 1.6615         | .84813 |
| F 4         | Estrés sanitario propio entorno laboral              | 1.7653         | .64376 |
| F 5         | Factores ambientales                                 | 1.7566         | .80989 |
| F 6         | Recursos laborales organización-trabajador           | 1.8091         | .98657 |
| F 7         | Recursos laborales positivos organización-trabajador | 1.4379         | .89216 |

*Nota:*  $\bar{X}$  = media; Dt = desviación típica.

En la Tabla 41 aparecen los estadísticos descriptivos por categoría profesional y se presentan los niveles del grado de incomodidad de los profesionales de enfermería que fueron encuestados, así como el número de casos correspondientes se muestra el total subfactores/macrofactores por categoría. En el IFPOS, las puntuaciones medias de las

dimensiones para cada uno de los macrofactores se desglosa de la siguiente manera: grupo de enfermeras en activo, grupo de enfermeras en formación, grupo de auxiliares de enfermería en activo y grupo de auxiliares de enfermeras en formación (ver Tablas 42 y 43).

Tabla 41

*Estadísticos descriptivos dimensiones del IFPOS por grupos (n = 260)*

| Dimensiones |                                                      | Estadísticos descriptivos categoría profesional |        |                             |         |                             |        |                                  |         |
|-------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------|-----------------------------|---------|-----------------------------|--------|----------------------------------|---------|
|             |                                                      | Enfermeras<br>(n = 113)                         |        | Aux. enfermería<br>(n = 68) |         | Est. enfermeras<br>(n = 54) |        | Est. aux. enfermería<br>(n = 25) |         |
|             |                                                      | Media                                           | Dt     | Media                       | Dt      | Media                       | Dt     | Media                            | Dt      |
| F 1         | Recursos profesionales y formación                   | 1.4640                                          | .78822 | 1.3180                      | .84981  | 1.4688                      | .83866 | 1.9652                           | 1.1307  |
| F 2         | Estrés general personal y laboral                    | 1.3999                                          | .88053 | 1.5645                      | 1.02583 | 1.7207                      | .93176 | .15147                           | .85522  |
| F 3         | Aspectos psicológicos personales                     | 1.6902                                          | .77729 | 1.7094                      | .88032  | 1.5577                      | .82642 | 1.6207                           | 1.1115  |
| F 4         | Estrés sanitario propio entorno laboral              | 1.8372                                          | .63017 | 1.6825                      | .70499  | 1.8104                      | .62421 | 1.5708                           | .52614  |
| F 5         | Factores ambientales                                 | 1.8441                                          | .73077 | 1.8064                      | .90027  | 1.6250                      | .81475 | 1.5016                           | .83924  |
| F 6         | Recursos laborales s organización-trabajador         | 1.9449                                          | .97095 | 1.8877                      | 1.0304  | 1.4118                      | .80138 | 1.7959                           | 1.12450 |
| F 7         | Recursos laborales positivos organización-trabajador | 1.3970                                          | .85727 | 1.4955                      | .89007  | 1.3094                      | .84606 | 1.7476                           | 1.1080  |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable.

Tabla 42

*Estadísticos descriptivos IFPOS según categoría profesional*

| Estadísticos descriptivos de la muestra total y por categorías |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------------------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------------|-------|
| Macrofactores                                                  | Muestra total<br>(n = 260) |       |       | Enfermeras<br>(n = 113) |       | Aux. enfermería<br>(n = 68) |       | Est. enfermería<br>(n = 54) |       | Est. aux. enferm<br>(n = 25) |       |
|                                                                | n                          | Media | Dt    | Media                   | Dt    | Media                       | Dt    | Media                       | Dt    | Media                        | Dt    |
| FACTOR 1                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Capacidades organizativas                                      | 259                        | 1.43  | 1.014 | 1.42                    | 0.944 | 1.20                        | 0.934 | 1.50                        | 1.013 | 1.98                         | 1.346 |
| Adaptación retos                                               | 257                        | 1.54  | 0.974 | 1.59                    | 0.935 | 1.34                        | 0.981 | 1.51                        | 0.884 | 2.00                         | 1.193 |
| Capacidad comunicación                                         | 258                        | 1.47  | 0.925 | 1.59                    | 0.935 | 1.34                        | 0.981 | 1.51                        | 0.884 | 2.00                         | 1.193 |
| Competencias interpersonales                                   | 258                        | 1.28  | 1.224 | 1.17                    | 1.107 | 1.21                        | 1.188 | 1.13                        | 1.217 | 2.28                         | 1.465 |
| Autocontrol                                                    | 259                        | 1.53  | 1.093 | 1.60                    | 1.027 | 1.30                        | 1.138 | 1.49                        | 1.031 | 1.95                         | 1.292 |
| Adaptación nuevas tecnologías                                  | 260                        | 1.46  | 1.046 | 1.49                    | 0.953 | 1.41                        | 1.119 | 1.26                        | 1.038 | 1.89                         | 1.176 |
| Formación recursos propios                                     | 260                        | 1.64  | 0.967 | 1.63                    | 0.907 | 1.45                        | 1.012 | 1.76                        | 0.901 | 1.95                         | 1.168 |
| FACTOR 2                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Inseguridad contractual                                        | 255                        | 2.02  | 1.317 | 1.94                    | 1.366 | 1.99                        | 1.401 | 2.21                        | 1.232 | 2.02                         | 0.979 |
| Macroestresores laborales                                      | 257                        | 1.71  | 1.297 | 1.58                    | 1.259 | 1.83                        | 1.316 | 1.90                        | 1.319 | 1.56                         | 1.364 |
| Situación amenazante                                           | 254                        | 1.50  | 1.409 | 1.27                    | 1.361 | 1.58                        | 1.463 | 1.81                        | 1.434 | 1.62                         | 1.329 |
| Estrés doméstico                                               | 257                        | 1.38  | 1.069 | 1.38                    | 1.043 | 1.52                        | 1.163 | 1.32                        | 1.079 | 1.19                         | 0.886 |
| Carencia relación interpersonal                                | 258                        | 1.11  | 0.944 | 1.12                    | 0.916 | 1.16                        | 0.970 | 1.07                        | 1.057 | 1.05                         | 0.763 |
| Inestabilidad laboral                                          | 255                        | 1.67  | 1.434 | 1.50                    | 1.378 | 1.75                        | 1.557 | 1.93                        | 1.386 | 1.65                         | 1.411 |
| Medio transporte                                               | 257                        | 1.23  | 1.140 | 1.06                    | 1.073 | 1.12                        | 1.164 | 1.62                        | 1.065 | 1.55                         | 1.336 |
| FACTOR 3                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Apoyo social                                                   | 256                        | 1.40  | 1.004 | 1.36                    | 0.927 | 1.42                        | 1.105 | 1.43                        | 0.950 | 1.51                         | 1.197 |
| Problemas comunicación                                         | 259                        | 1.65  | 1.020 | 1.68                    | 0.958 | 1.68                        | 1.064 | 1.56                        | 1.021 | 1.61                         | 1.209 |
| Problemas psicológicos                                         | 256                        | 1.98  | 0.844 | 2.10                    | 0.809 | 2.03                        | 0.810 | 1.75                        | 0.837 | 1.79                         | 1.014 |
| FACTOR 4                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Situaciones poco frecuentes                                    | 260                        | 2.04  | 0.875 | 1.98                    | 0.814 | 1.94                        | 0.976 | 2.46                        | 0.840 | 1.71                         | 0.632 |
| Sobrecarga laboral                                             | 260                        | 2.03  | 0.822 | 2.24                    | 0.733 | 2.10                        | 0.891 | 1.83                        | 0.771 | 1.29                         | 0.600 |
| Valores y creencias                                            | 260                        | 1.53  | 0.868 | 1.48                    | 0.901 | 1.48                        | 0.815 | 1.59                        | 0.840 | 1.73                         | 0.925 |
| Relación cliente                                               | 258                        | 1.89  | 0.888 | 1.88                    | 0.914 | 1.80                        | 0.891 | 2.00                        | 0.903 | 1.91                         | 0.735 |
| Acogida cliente                                                | 259                        | 1.31  | 0.818 | 1.43                    | 0.753 | 1.21                        | 0.872 | 1.19                        | 0.813 | 1.33                         | 0.933 |
| Burocracia excesiva                                            | 258                        | 1.80  | 1.069 | 2.00                    | 1.005 | 1.56                        | 1.116 | 1.75                        | 1.022 | 1.61                         | 1.203 |
| FACTOR 5                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Organización poco saludable                                    | 256                        | 1.51  | 0.917 | 2.17                    | 0.850 | 2.03                        | 0.903 | 1.73                        | 0.852 | 1.77                         | 1.071 |
| Fallos tecnológicos                                            | 259                        | 1.84  | 1.013 | 1.91                    | 0.962 | 1.77                        | 1.101 | 1.90                        | 0.981 | 1.60                         | 1.063 |
| Exposición riesgos laborales                                   | 259                        | 1.70  | 1.177 | 1.69                    | 1.055 | 1.81                        | 1.356 | 1.79                        | 1.121 | 1.21                         | 1.247 |
| Espacio físico                                                 | 259                        | 1.67  | 1.019 | 1.80                    | 0.954 | 1.70                        | 1.056 | 1.18                        | 0.931 | 2.09                         | 1.058 |
| Contaminación acústica                                         | 259                        | 1.59  | 1.169 | 1.71                    | 1.038 | 1.71                        | 1.323 | 1.50                        | 1.180 | 0.89                         | 1.062 |
| FACTOR 6                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Promoción y desarrollo profes                                  | 257                        | 1.94  | 1.011 | 2.03                    | 1.023 | 2.00                        | 1.082 | 1.74                        | 0.902 | 1.83                         | 0.959 |
| Conciliación familia-trabajo                                   | 255                        | 1.66  | 1.232 | 1.82                    | 1.212 | 1.78                        | 1.279 | 1.12                        | 1.021 | 1.79                         | 1.348 |
| Conducta prosocial                                             | 257                        | 1.82  | 1.065 | 2.01                    | 1.046 | 1.89                        | 1.063 | 1.36                        | 0.885 | 1.67                         | 1.255 |
| FACTOR 7                                                       |                            |       |       |                         |       |                             |       |                             |       |                              |       |
| Sentimientos valoración                                        | 259                        | 1.35  | 1.088 | 1.24                    | 1.001 | 1.50                        | 1.145 | 1.21                        | 1.061 | 1.81                         | 1.262 |
| Organización saludable                                         | 256                        | 1.51  | 0.917 | 1.81                    | 1.262 | 1.54                        | 0.889 | 1.35                        | 0.867 | 1.71                         | 1.147 |
| Competencias profesionales                                     | 257                        | 1.45  | 0.962 | 1.44                    | 0.964 | 1.44                        | 0.940 | 1.34                        | 0.893 | 1.72                         | 1.154 |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable.

Tabla 43

*Estadísticos descriptivos de la IFPOS en profesionales de enfermería en activo y en formación*

|                                    | Estadísticos descriptivos             |         |                                        |         |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------------|---------|
|                                    | Profesionales en activo<br>(n = 181 ) |         | Profesionales en formación<br>(n = 79) |         |
|                                    | Media                                 | Dt      | Media                                  | Dt      |
| FACTOR 1                           |                                       |         |                                        |         |
| Capacidades organizativas          | 1.3360                                | 0.94369 | 1.6445                                 | 1.13925 |
| Adaptación a retos                 | 1.4944                                | 0.95728 | 1.6623                                 | 1.00852 |
| Capacidad comunicación             | 1.3904                                | 0.89225 | 1.6537                                 | 0.97848 |
| Competencias interpersonales       | 1.6976                                | 1.15074 | 1.4803                                 | 1.39545 |
| Autocontrol                        | 1.4862                                | 1.07666 | 1.6282                                 | 1.12987 |
| Adaptacion nuevas tecnologías      | 1.4578                                | 1.01616 | 1.4575                                 | 1.11654 |
| Formación recursos propios         | 1.5663                                | 0.94928 | 1.8228                                 | 0.98965 |
| FACTOR 2                           |                                       |         |                                        |         |
| Inseguridad contractual            | 1.9599                                | 1.37593 | 2.1520                                 | 1.15925 |
| Macroestresores laborales          | 1.6746                                | 1.28286 | 1.7931                                 | 1.33377 |
| Situación amenazante               | 1.3903                                | 1.40456 | 1.7500                                 | 1.39750 |
| Estrés doméstico                   | 1.4302                                | 1.08911 | 1.2771                                 | 1.01845 |
| Carencia relación interpersonal    | 1.1326                                | 0.93450 | 1.0649                                 | 0.96944 |
| Inestabilidad laboral              | 1.5925                                | 1.44892 | 1.8480                                 | 1.39029 |
| Medio de transporte                | 1.0792                                | 1.10520 | 1.5965                                 | 1.14480 |
| FACTOR 3                           |                                       |         |                                        |         |
| Apoyo social                       | 1.3826                                | 0.99572 | 1.4561                                 | 1.02716 |
| Problemas comunicación             | 1.6789                                | 0.99619 | 1.5747                                 | 1.07626 |
| Problemas psicológicos             | 2.0695                                | 0.80795 | 1.7590                                 | 0.88915 |
| FACTOR 4                           |                                       |         |                                        |         |
| Situaciones poco frecuentes        | 1.9659                                | 0.87590 | 2.2236                                 | 0.85272 |
| Sobrecarga laboral                 | 2.1878                                | 0.79661 | 1.6561                                 | 0.76065 |
| Valores y creencias                | 1.4796                                | 0.86735 | 1.6354                                 | 0.86396 |
| Relación con el cliente            | 1.8491                                | 0.90411 | 1.9744                                 | 0.84902 |
| Acogida cliente                    | 1.3426                                | 0.80457 | 1.2363                                 | 0.84925 |
| Burocracia excesiva                | 1.8370                                | 1.06667 | 1.7051                                 | 1.07440 |
| FACTOR 5                           |                                       |         |                                        |         |
| Organización poco saludable        | 2.1183                                | 0.87032 | 1.7458                                 | 0.91872 |
| Fallos tecnológicos                | 1.8593                                | 1.01568 | 1.8059                                 | 1.01078 |
| Exposición riesgos laborales       | 1.7357                                | 1.17483 | 1.6132                                 | 1.18477 |
| Espacio físico                     | 1.7616                                | 0.99204 | 1.4707                                 | 1.05736 |
| Contaminación acústica             | 1.7127                                | 1.14976 | 1.3117                                 | 1.17271 |
| FACTOR 6                           |                                       |         |                                        |         |
| Promocion y desarrollo profesional | 2.0166                                | 1.04263 | 1.7697                                 | 0.91488 |
| Conciliación familia-laboral       | 1.8042                                | 1.23448 | 1.3233                                 | 1.16521 |
| Conducta prosocial                 | 1.9669                                | 1.05063 | 1.4561                                 | 1.01812 |
| FACTOR 7                           |                                       |         |                                        |         |
| Sentimientos valoración            | 1.3370                                | 1.06182 | 1.3942                                 | 1.15342 |
| Organización saludable             | 1.5258                                | 0.89628 | 1.4659                                 | 0.96965 |
| Competencias profesionales         | 1.4400                                | 0.95213 | 1.4597                                 | 0.98945 |

*Nota:* Dt = desviación típica.

### ***B. Análisis inferencial del IFPOS. Diferencias en la prueba no paramétrica***

Para dar respuesta al objetivo específico número tres que hacía referencia a la verificación de diferencias significativas en variables con una distribución no normal entre los grupos estudiados, se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para  $k$  muestras independientes para comparar más de dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se debe al azar sino que es estadísticamente significativa. Y se aplicó la prueba no paramétrica  $U$  de Mann-Whitney para 2 muestras independientes para comparar el primer grupo con el segundo grupo, para obtener las diferencias que se registran a partir de las comparaciones.

Se realizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para  $k$  muestras independientes en aquellos grupos que no seguían una distribución normal. En la prueba IFPOS se obtuvieron los siguientes factores: factor 1 (subfactor Competencias Interpersonales); factor 2 (subfactor Situaciones amenazantes, Inestabilidad laboral y Medio de transporte); factor 4 (subfactor Burocracia excesiva; factor 7 (subfactor Sentimientos Valoración). Por su parte, la Escala General de Salud GHQ-28 posee una  $p < .05$ , lo que denota una distribución no normal y asimetría. Por lo tanto, se realizó el análisis Kruskal-Wallis para  $k$  muestras independientes.

A continuación se muestran las diferencias significativas en el inventario de factores psicosociales (IFPOS), estrés asistencial (MBI), compromiso psicológico (UWES-17), estrategias de afrontamiento (CAE), estado general de salud (GHQ-28), según género, categoría profesional, tipo de servicios, relación de empleo, edad y la antigüedad laboral.

### 3.1.1. Comparación de puntuaciones de los Factores Psicosociales en la Organización Saludable mediante el IFPOS.

#### a. Relación entre el IFPOS y la categoría profesional

Para averiguar si la categoría profesional poseía una influencia significativa en el nivel de factores psicosociales de estrés asistencial, en la Tabla 44 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre los grupos (enfermeras, auxiliares de enfermería en activo, estudiantes enfermeras y estudiantes de auxiliar de enfermería en formación) del Factor 1 del IFPOS (Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable). En primer lugar, el resultado señala que existen diferencias en el Factor 1 (Recursos profesionales y formación), en el subfactor de Competencias interpersonales ( $\chi^2(3) = 11.415$ ;  $p = .010$ ). En este sentido, el nivel de percepción para el grupo de auxiliares de enfermería en formación presentó mayor incomodidad en aspectos referentes a la puntualidad y sinceridad, entre otros, seguidas de las enfermeras en activo, auxiliares de enfermería en activo. Las personas en formación son quienes poseen los niveles más bajos.

Tabla 44

*Comparación entre el Factor 1 y el factor Categoría profesional*

| Factor 1 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Competencias interpersonales |          |                | 11.415   | 3    | .010**         |
| Enfermera                    | 112      | 126.38         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 123.68         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 54       | 121.69         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 178.10         |          |      |                |
|                              | 258      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 1: Recursos profesionales y formación.  
(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

En segundo lugar, en el Factor 2 (Demandas laborales organizacionales) mostró diferencias estadísticas significativas respecto al subfactor Medio de transporte ( $\chi^2 (3) = 12.443$ ;  $p = .006$ ) (ver Tabla 45).

Tabla 45

*Comparación entre el Factor 2 y el factor Categoría profesional*

| Factor 2 (VD)             | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Medio de transporte       |          |                | 12.443   | 3    | .006**         |
| Enfermera                 | 113      | 117.96         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 120.01         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 53       | 156.81         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 23       | 145.76         |          |      |                |
|                           | 257      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 2: Demandas laborales organizacionales.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

En el factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial) se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en los subfactores Situaciones poco frecuentes ( $\chi^2 (3) = 19.787$ ;  $p = .000$ ), Sobrecarga laboral ( $\chi^2 (3) = 31.730$ ;  $p = .000$ ) y Burocracia excesiva ( $\chi^2 (3) = 7.800$ ;  $p = .050$ ). En particular, las enfermeras en formación mostraron niveles altos de incomodidad relacionados con aspectos de su formación. Respecto a la sobrecarga laboral, los resultados mostraron diferencias significativas en el grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería en activo (ver Tabla 46).

Tabla 46

*Comparación entre el Factor 4 y el factor Categoría profesional*

| Factor 4 (VD)               | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|-----------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Situaciones poco frecuentes |          |                | 19.787   | 3    | .000**         |
| Enfermera                   | 113      | 124.04         |          |      |                |
| Aux. enfermería             | 68       | 122.65         |          |      |                |
| Enfermera formación         | 54       | 168.46         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación   | 25       | 99.02          |          |      |                |
|                             | 260      |                |          |      |                |
| Sobrecarga laboral          |          |                | 31.730   | 3    | .000**         |
| Enfermera                   | 113      | 149.82         |          |      |                |
| Aux. enfermería             | 68       | 137.79         |          |      |                |
| Enfermera formación         | 54       | 112.30         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación   | 25       | 62.66          |          |      |                |
|                             | 260      |                |          |      |                |
| Burocracia excesiva         |          |                | 7.800    | 3    | .050*          |
| Enfermera                   | 112      | 143.55         |          |      |                |
| Aux. enfermería             | 68       | 114.43         |          |      |                |
| Enfermera formación         | 54       | 125.27         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación   | 24       | 116.13         |          |      |                |
|                             | 258      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 4: Demandas laborales unidad asistencial.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

En cuarto lugar, en el factor 5 (Factores Ambientales unidad asistencial) se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en los subfactores Organización poco saludable ( $\chi^2(3) = 9.899$ ;  $p = .019$ ), Fallos tecnológicos ( $\chi^2(3) = 1.905$ ;  $p = .019$ ), Espacio físico ( $\chi^2(3) = 19.343$ ;  $p = .000$ ) y Contaminación acústica ( $\chi^2(3) = 11.082$ ;  $p = .011$ ). Así, el grupo de enfermeras en activo evidenció los niveles más altos de incomodidad en aspectos relacionados con la Organización poco saludable (forma parte del ambiente externo) como conflicto de tareas, oportunidad de desarrollo de habilidades, la escasa participación en la toma de decisiones, los recursos inadecuados, la infrautilización de habilidades del profesional, rigidez en la aplicación de las normas o la incongruencia organizacional respecto a las necesidades reales. Las auxiliares de enfermería en formación mostraron niveles altos de

incomodidad en aspectos relacionados con la alteración del medio ambiente. El grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería en activo mostró diferencias significativas en cuanto a aspectos relacionados con la contaminación acústica (ver Tabla 47).

Tabla 47

*Comparación entre el Factor 5 y el factor Categoría profesional*

| Factor 5 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Organización poco saludable  |          |                | 9.899    | 3    | .019**         |
| Enfermera                    | 112      | 142.09         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 131.10         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 53       | 105.22         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 114.48         |          |      |                |
|                              | 257      |                |          |      |                |
| Espacio físico               |          |                | 19.343   | 3    | .000**         |
| Enfermera                    | 113      | 139.23         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 132.04         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 53       | 92.78          |          |      |                |
| Aux. enfermería en formación | 25       | 161.62         |          |      |                |
|                              | 259      |                |          |      |                |
| Contaminación acústica       |          |                | 11.082   | 3    | .011**         |
| Enfermera                    | 113      | 137.92         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 135.43         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 53       | 124.45         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 84.21          |          |      |                |
|                              | 258      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 5. Factores ambientales unidad asistencial.  
(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

En cuanto al factor 6 (Recursos laborales organización – trabajador), se evidenciaron diferencias significativas en los subfactores Conciliación familia-laboral ( $\chi^2(3) = 12.601$ ;  $p = .006$ ) y Conducta prosocial ( $\chi^2(3) = 13.514$ ;  $p = .004$ ). Asimismo, se observaron diferencias entre los grupos de enfermeras y auxiliares de enfermería en activo en el subfactor de Conciliación familia-laboral y en el subfactor de Conducta prosocial para la categoría de enfermeras y auxiliares de enfermería (ver Tabla 48).

Tabla 48

Comparación entre el Factor 6 y el factor Categoría profesional

| Factor 6 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Conciliación familia-laboral |          |                | 12.601   | 3    | .006**         |
| Enfermera                    | 112      | 137.64         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 134.59         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 52       | 95.84          |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 23       | 134.30         |          |      |                |
|                              | 255      |                |          |      |                |
| Conducta prosocial           |          |                | 13.514   | 3    | .004**         |
| Enfermera                    | 113      | 142.92         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 132.56         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 52       | 98.20          |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 120.08         |          |      |                |
|                              | 257      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 6: Recursos laborales organización – trabajador.  $\eta$  = mediana;  $\chi^2$  = valores del test no paramétrico Kruskal-Wallis; *gl* = grados de libertad;  $\eta^2$  = tamaño del efecto Eta cuadrado. Tamaño de efecto *r* calculado a partir del test *U* Mann-Whitney para las variables que no cumplen una distribución normal. (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Entre los factores 3 (Aspectos Psicológicos Personales) y 7 (Recursos laborales positivos organización-trabajador) no se encontraron diferencias significativas respecto a la categoría profesional.

#### *b. Relación entre el IFPOS y género*

En la Tabla 49 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre género respecto a las siete dimensiones de IFPOS en profesionales de enfermería en activo y en formación. No se encontraron diferencias significativas en las variables de género para un nivel de significación  $p < .05$ ;  $p < .001$ . A excepción del Factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial), sí hay diferencias en la Sobrecarga laboral ( $z = -1.998$ ;  $p = .046$ ) y en Relación con el cliente ( $z = -1.989$ ;  $p = .047$ ).

No se apreciaron diferencias significativas en las dimensiones en relación al género entre el factor 1 (Recursos profesionales y formación); factor 2 (Demandas laborales organizacionales); el factor 3 (Aspectos psicológicos personales); factor 6 (Recursos laborales organización-trabajador); y factor 7 (Recursos laborales positivos organización-trabajador).

Tabla 49

*Comparación de puntuaciones U Mann-Whitney IFPOS y el factor 4 según el género*

| Variables dependientes | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>Z</i> | Valor <i>p</i> |
|------------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Factor 4               |          |                |          |          |                |
| Sobrecarga laboral     |          |                | 2677.500 | -1.998   | .046(*)        |
| Hombre                 | 30       | 104.75         |          |          |                |
| Mujer                  | 230      | 133.86         |          |          |                |
|                        | 258      |                |          |          |                |
| Relacion cliente       |          |                | 2657     | -1.989   | .047(*)        |
| Hombre                 | 30       | 104.07         |          |          |                |
| Mujer                  | 228      | 132.85         |          |          |                |
|                        | 258      |                |          |          |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 4 = Demandas laborales unidad asistencial.  
(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

### *c. Relación entre el IFPOS y Servicios especiales vs. hospitalización*

Como puede comprobarse en la Tabla 50, en el conjunto de las variables estudiadas fueron encontradas diferencias significativas en las dimensiones del IFPOS entre ambas unidades (servicios especiales vs. hospitalización). En primer lugar, en el factor 1 (Recursos profesionales y formación) fueron encontradas diferencias significativas ( $z = -2.082$ ;  $p = .037$ ) respecto al subfactor de Adaptación nuevas tecnologías.

En segundo lugar, en las dimensiones del factor 2 (Demandas laborales organizacionales) entre ambas unidades (Servicios especiales vs. hospitalización), se aprecia

una diferencia significativa para Estrés doméstico ( $z = -2.748; p = .006$ ) y Carencia relaciones interpersonales ( $z = -3.117; p = .002$ ) (ver Tabla 51).

En tercer lugar, se hallaron diferencias significativas en las dimensiones del factor 3 (Aspectos psicológicos personales) entre ambas Unidades (Servicios especiales vs. hospitalización) ( $z = -2.802; p = .006$ ) y en Problemas comunicación ( $z = -2.453; p = .014$ ). No se encontró relación alguna con el Apoyo social actual (ver Tabla 52).

En cuarto lugar, en las dimensiones del factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial) entre ambas unidades (Servicios especiales vs. hospitalización) se encontraron diferencias significativas en los factores Sobrecarga laboral ( $z = -.00; p = .001$ ), Relación cliente ( $z = -.00; p = .028$ ) y Acogida cliente ( $z = -.00; p = .017$ ) (ver Tabla 53).

En quinto lugar, en las dimensiones del factor 5 (Factores ambientales unidad asistencial), referente a variables ambientales, en ambas unidades (Servicios especiales vs. hospitalización) se apreciaron diferencias en Organización poco saludable ( $z = -2.184; p = .29$ ), Fallos tecnológicos ( $z = -2.775; p = .006$ ), Exposición riesgos laborales ( $z = -3.613; p = .000$ ), Espacio físico ( $z = -3.002; p = .003$ ) y Contaminación acústica ( $z = -2.059; p = .039$ ) (ver Tabla 54).

En sexto lugar, no fueron encontradas diferencias significativas en las dimensiones del factor 6 (Recursos laborales organización–trabajador), respecto a conductas saludables organizacionales, en ambas unidades (Servicios especiales vs Hospitalización). A excepción del subfactor Promoción y desarrollo profesional ( $z = -3.103; p = .002$ ) (ver Tabla 55).

Tabla 50

*Comparación entre el Factor 1 y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| Factor 1 (VD)                 | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|-------------------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Adaptación nuevas tecnologías |          |                | 7174.00  | -2.082   | .037*          |
| Servicios especiales          | 124      | 140.65         |          |          |                |
| Hospitalización               | 136      | 121.25         |          |          |                |
|                               | 260      |                |          |          |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable; Factor 1: Recursos profesionales y formación.  $\eta$  = mediana;  $\chi^2$  = valores del test no paramétrico Kruskal-Wallis; *gl* = grados de libertad;  $\eta^2$  = tamaño del efecto Eta cuadrado. Tamaño de efecto *r* calculado a partir del test *U* Mann-Whitney para las variables que no cumplen una distribución normal. (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Tabla 51

*Comparación entre el Factor 2 y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| Factor 2 (VD)                       | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|-------------------------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Estrés Doméstico                    |          |                | 6601.500 | -2.748   | .006**         |
| Servicios especiales                | 122      | 142.39         |          |          |                |
| Hospitalización                     | 135      | 116.90         |          |          |                |
|                                     | 257      |                |          |          |                |
| Carencia relaciones interpersonales |          |                | 6454.500 | -3.117   | .002**         |
| Servicios especiales                | 123      | 144.52         |          |          |                |
| Hospitalización                     | 135      | 115.81         |          |          |                |
|                                     | 258      |                |          |          |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 2: Demandas laborales organizacionales. (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Tabla 52

*Comparación entre el Factor 3 y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| Factor 3 (VD)          | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|------------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Apoyo social actual    |          |                | 6517.00  | -2.802   | .005**         |
| Servicios especiales   | 122      | 142.08         |          |          |                |
| Hospitalización        | 134      | 116.13         |          |          |                |
|                        | 256      |                |          |          |                |
| Problemas comunicación |          |                | 6890.50  | -2.453   | .014*          |
| Servicios especiales   | 123      | 141.98         |          |          |                |
| Hospitalización        | 136      | 119.17         |          |          |                |
|                        | 256      |                |          |          |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 3: Aspectos psicológicos personales. (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Tabla 53

*Comparación entre el Factor 4 y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| Factor 4 (VD)        | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|----------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Sobrecarga laboral   |          |                | 6439.50  | -3.296   | .001**         |
| Servicios especiales | 124      | 146.57         |          |          |                |
| Hospitalización      | 136      | 115.85         |          |          |                |
|                      | 260      |                |          |          |                |
| Relación cliente     |          |                | 6990     | -2.196   | .028*          |
| Servicios especiales | 123      | 140.17         |          |          |                |
| Hospitalización      | 135      | 119.78         |          |          |                |
|                      | 258      |                |          |          |                |
| Acogida cliente      |          |                | 6939.500 | -2.383   | .017**         |
| Servicios especiales | 123      | 141.58         |          |          |                |
| Hospitalización      | 136      | 119.53         |          |          |                |
|                      | 259      |                |          |          |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 4: Demandas laborales unidad asistencial. (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Tabla 54

*Comparación entre Factor 5 y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| Factor 5 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Organización poco saludable  |          |                | 6937.500 | -2.184   | .029*          |
| Servicios especiales         | 122      | 139.64         |          |          |                |
| Hospitalización              | 135      | 119,39         |          |          |                |
|                              | 257      |                |          |          |                |
| Fallos tecnológicos          |          |                | 6701,500 | -2.775   | .006**         |
| Servicios especiales         | 123      | 143.52         |          |          |                |
| Hospitalización              | 136      | 117.78         |          |          |                |
|                              | 259      |                |          |          |                |
| Exposición riesgos laborales |          |                | 6199     | -3.613   | .000**         |
| Servicios especiales         | 124      | 147.51         |          |          |                |
| Hospitalización              | 135      | 113.92         |          |          |                |
|                              | 259      |                |          |          |                |
| Espacio físico               |          |                | 6558,500 | -3.002   | .003**         |
| Servicios especiales         | 123      | 144.68         |          |          |                |
| Hospitalización              | 136      | 116.72         |          |          |                |
|                              | 259      |                |          |          |                |
| Contaminación acústica       |          |                | 7077     | -2.059   | .039*          |
| Servicios especiales         | 123      | 139.46         |          |          |                |
| Hospitalización              | 135      | 120.42         |          |          |                |
|                              | 258      |                |          |          |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 5: Factores ambientales unidad asistencial. (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Tabla 55

*Comparación entre Factor 6 y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| Factor 6 (VD)                      | <i>n</i> | Rango promedio | U        | Z      | valor <i>p</i> |
|------------------------------------|----------|----------------|----------|--------|----------------|
| Promoción y desarrollo profesional |          |                | 6396.500 | -3.103 | .002**         |
| Servicios especiales               | 122      | 144            |          |        |                |
| Hospitalización                    | 133      | 115.24         |          |        |                |
|                                    | 255      |                |          |        |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 6: Recursos laborales organización – trabajador.  
(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

#### *d. Relación entre el IFPOS y Relación de empleo*

En la Tablas 56 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre la relación de empleo (fijo, interino, temporal, estudiantes en formación) en las siete dimensiones de IFPOS. Los resultados reflejan las siguientes apreciaciones: en primer lugar, dentro del factor 1 (Recursos profesionales y formación) y relación laboral, se encontraron diferencias en subfactor Capacidad de comunicación. De ese modo, los resultados muestran diferencias significativas en el grupo de estudiantes en formación ( $\chi^2(3) = 8.341$ ;  $p = .039$ ).

En segundo lugar, dentro del factor 2 (Demandas laborales organizacionales), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes subfactores de acuerdo al tipo de relación laboral: Inseguridad contractual ( $\chi^2(3) = 45.135$ ;  $p = .000$ ), Inestabilidad laboral ( $\chi^2(3) = 33.761$ ;  $p = .000$ ) y Medio de transporte ( $\chi^2(3) = 15.721$ ;  $p = .001$ ).

En tercer lugar, en relación al factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial) y relación laboral, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes subfactores según el tipo de relación laboral: Situaciones poco frecuentes ( $\chi^2(3) = 9.525$ ;  $p = .023$ ) siendo el grupo de estudiantes en formación el que obtuvo una mayor puntuación y para el macrofactor Sobrecarga laboral ( $\chi^2(3) = 33.761$ ;  $p = .000$ ). La relación de empleo fijo fue la que tuvo la mayor puntuación.

Tabla 56

*Comparación entre el Factor 1 y la Relación de empleo*

|                             | <i>n</i>       | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | Valor <i>p</i> |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------|------|----------------|
| Factor 1 (VD)               |                |                |          |      |                |
| Capacidad comunicación      | <i>n</i> = 257 |                | 8.341    | 3    | .039*          |
| Fijo                        | 89             | 128.70         |          |      |                |
| Interino                    | 21             | 94.4           |          |      |                |
| Temporal                    | 71             | 124.41         |          |      |                |
| Estudiantes formación       | 77             | 144.73         |          |      |                |
| Factor 2 (VD)               |                |                |          |      |                |
| Inseguridad contractual     | <i>n</i> = 258 |                | 45.135   | 3    | .000**         |
| Fijo                        | 89             | 89.19          |          |      |                |
| Interino                    | 21             | 140.93         |          |      |                |
| Temporal                    | 71             | 166.08         |          |      |                |
| Estudiantes formación       | 74             | 134.47         |          |      |                |
| Inestabilidad laboral       | <i>n</i> = 255 |                | 33.761   | 3    | .000**         |
| Fijo                        | 89             | 94.41          |          |      |                |
| Interino                    | 21             | 126.88         |          |      |                |
| Temporal                    | 71             | 160.09         |          |      |                |
| Estudiantes formación       | 74             | 137.93         |          |      |                |
| Medio transporte            |                |                | 15.721   | 3    | .001**         |
| Fijo                        | 89             | 117.92         |          |      |                |
| Interino                    | 21             | 92.67          |          |      |                |
| Temporal                    | 71             | 127.44         |          |      |                |
| Estudiantes formación       | 76             | 153.47         |          |      |                |
| Factor 4 (VD)               |                |                |          |      |                |
| Situaciones poco frecuentes | <i>n</i> = 260 |                | 9.525    | 3    | .023*          |
| Fijo                        | 89             | 114.92         |          |      |                |
| Interino                    | 21             | 111.10         |          |      |                |
| Temporal                    | 71             | 137.98         |          |      |                |
| Estudiantes formación       | 79             | 146.49         |          |      |                |
| Sobrecarga laboral          | <i>n</i> = 260 |                | 24.546   | 3    | .000**         |
| Fijo                        | 89             | 151.88         |          |      |                |
| Interino                    | 21             | 141.74         |          |      |                |
| Temporal                    | 71             | 138.11         |          |      |                |
| Estudiantes formación       | 79             | 96.59          |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 1. Recursos profesionales y formación.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

En cuarto lugar, para el factor 5 (Factores ambientales unidad asistencial), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes subfactores según el tipo de relación laboral: Organización poco saludable ( $\chi^2(3) = 11.744$ ;  $p = .008$ ). Aquellos con el tipo de relación de empleo interino fueron quienes obtuvieron la mayor puntuación (ver Tabla 57).

En quinto lugar, para el factor 6 (Recursos laborales organización – trabajador) se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes subfactores según el tipo de relación laboral: Conciliación familiar-laboral ( $\chi^2(3) = 10.865$ ;  $p = .012$ ) y conducta prosocial ( $\chi^2(3) = 12.773$ ;  $p = .005$ ). Los participantes con empleo fijo fueron quienes reportaron las puntuaciones más elevadas (ver Tabla 57).

Tabla 57

*Comparación entre el Factor 5, Factor 6 y Relación de empleo*

|                               | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|-------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Factor 5 (VD)                 |          |                |          |      |                |
| Organización poco saludable   |          |                | 11.744   | 3    | .008**         |
| Fijo                          | 89       | 144.81         |          |      |                |
| Interino                      | 21       | 148.74         |          |      |                |
| Temporal                      | 70       | 125.96         |          |      |                |
| Estudiantes formación         | 77       | 108.10         |          |      |                |
|                               | 257      |                |          |      |                |
| Factor 6 (VD)                 |          |                |          |      |                |
| Conciliación familiar-laboral |          |                | 10.865   | 3    | .012**         |
| Fijo                          | 88       | 144.18         |          |      |                |
| Interino                      | 21       | 116.38         |          |      |                |
| Temporal                      | 71       | 132.89         |          |      |                |
| Estudiantes formación         | 75       | 107.63         |          |      |                |
|                               | 255      |                |          |      |                |
| Conducta prosocial            |          |                | 12.773   | 3    | .005**         |
| Fijo                          | 89       | 145.20         |          |      |                |
| Interino                      | 21       | 125.14         |          |      |                |
| Temporal                      | 71       | 135.41         |          |      |                |
| Estudiantes formación         | 76       | 105.11         |          |      |                |
|                               | 257      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS = Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable; Factor 5: Factores ambientales unidad asistencial; Factor 6. Recursos laborales organización – trabajador.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

Entre los factores 3 (Aspectos Psicosociales Personales) y 7 (Recursos laborales positivos organización-trabajador) no se encontraron diferencias respecto al tipo de relación de empleo.

### **3.2. Análisis del Cuestionario de estilos Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE)**

#### ***A. Análisis descriptivo***

Tomando como referencia el estudio de Sandín y Chorot (2003), en la Tabla 58 se pueden observar los estadísticos descriptivos correspondientes a cada uno de los factores que constituyen los Factores de Afrontamiento del Estrés (CAE). Las puntuaciones medias más elevadas corresponden a las subescalas Focalizado solución del problema (FSP), Reevaluación positiva (REP) y Búsqueda de apoyo social (BAS), lo que sugiere que los participantes emplean con mayor frecuencia estas formas de afrontamiento activo, en concreto, afrontamiento centrado en el problema. Las puntuaciones medias más bajas corresponden a las subescalas Autofocalización negativa (AFN) y Expresión emocional abierta (EEA); son estilos de menor uso y son considerados pasivos o centrados en la emoción. Después se sitúa la subescala Evitación (EVT). En último, lugar la subescala Religión (RLG) presenta la puntuación media más baja respecto a su frecuencia de uso. Salvo la evitación y la religión, los datos son similares parecidos a los obtenidos en muestras españolas (Tabla 58).

Tabla 58

*Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las dimensiones de CAE*

| Factores                              | Sandín y Chorot<br>(2003)<br><i>n</i> = 400 |      | Presente estudio<br><i>n</i> = 260 |      |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|------|------------------------------------|------|
|                                       | Media                                       | Dt   | Media                              | Dt   |
| FSP - Focalizado en solución problema | 13.58                                       | 5.09 | 15.11                              | 4.23 |
| AFN - Autofocalización negativa       | 6.22                                        | 3.54 | 8.13                               | 3.32 |
| REP - Reevaluación positiva           | 13.90                                       | 4.06 | 14.72                              | 3.74 |
| EEA - Expresión emocional abierta     | 6.14                                        | 3.65 | 7.25                               | 3.02 |
| EVT - Evitación                       | 9.16                                        | 4.48 | 11.50                              | 3.92 |
| BAS - Búsqueda de apoyo social        | 12.87                                       | 6.46 | 13.32                              | 6.24 |
| RLG - Religión                        | 5.76                                        | 5.37 | 2.86                               | 4.34 |
| N válida (según lista)                |                                             |      | 258                                |      |
| Perdidos                              |                                             |      | 2                                  |      |

*Nota:* CAE = Cuestionario estilos Afrontamiento ante situaciones de Estrés; FSP = Focalizado solución del problema; AFN = Autofocalización negativa; REP = Reevaluación positiva; EEA = Expresión emocional abierta; EVT = Evitación; BAS = Búsqueda de apoyo social; RLG = Religión.

En la Tabla 59 aparecen los estadísticos descriptivos por categoría y se presentan los niveles del grado de incomodidad ante el ítem planteado en los profesionales de enfermería que fueron encuestados, así como el número de casos correspondientes a la muestra total subfactores/macrofactores por categoría. En el cuestionario de Estilos de afrontamiento, las puntuaciones medias de las dimensiones para cada uno de los macrofactores se desglosa de la siguiente manera: grupo de profesionales en activo y grupo de profesionales en formación (ver Tabla 60).

Tabla 59

*Datos descriptivos de las dimensiones del CAE por grupos (n = 260)*

|                                       | Estadísticos descriptivos categoría profesional |      |                             |      |                             |      |                                 |      |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|---------------------------------|------|
|                                       | Enfermeras<br>(n = 113)                         |      | Aux. enfermería<br>(n = 68) |      | Est. enfermeras<br>(n = 54) |      | Est.aux. enfermería<br>(n = 25) |      |
|                                       | Media                                           | Dt   | Media                       | Dt   | Media                       | Dt   | Media                           | Dt   |
| FSP - Focalizado en solución problema | 14.95                                           | 3.84 | 15.42                       | 4.53 | 15.32                       | 4.05 | 14.54                           | 5.54 |
| AFN - Autofocalización negativa       | 7.95                                            | 3.25 | 7.98                        | 3.01 | 8.40                        | 3.54 | 8.79                            | 4.02 |
| REP - Reevaluación positiva           | 14.07                                           | 3.35 | 14.91                       | 3.52 | 15.14                       | 4.45 | 16.29                           | 3.88 |
| EEA - Expresión emocional abierta     | 7.50                                            | 2.91 | 6.63                        | 2.44 | 7.44                        | 3.44 | 7.41                            | 3.82 |
| EVT - Evitación                       | 10.64                                           | 3.81 | 11.58                       | 3.95 | 12.55                       | 3.41 | 12.91                           | 4.57 |
| BAS - Búsqueda de apoyo social        | 12.81                                           | 5.65 | 11.77                       | 6.46 | 16.09                       | 5.77 | 13.87                           | 7.51 |
| RLG - Religión                        | 2.13                                            | 3.19 | 4.75                        | 5.05 | 2.11                        | 4.74 | 2.62                            | 4.60 |

Tabla 60

*Datos descriptivos de las dimensiones del CAE según Tipo de relación (n = 260)*

|                                       | Estadísticos descriptivos CAE         |         |                          |         |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------|--------------------------|---------|
|                                       | profesionales en activo<br>(n = 181 ) |         | en formación<br>(n = 79) |         |
|                                       | Media                                 | Dt      | Media                    | Dt      |
| FSP - Focalizado en solución problema | 2.5221                                | 0.68480 | 2.5130                   | 0.75837 |
| AFN - Autofocalización negativa       | 1.3278                                | 0.52643 | 1.4209                   | 0.61295 |
| REP - Reevaluación positiva           | 2.3987                                | 0.57267 | 2.5833                   | 0.71611 |
| EEA - Expresión emocional abierta     | 1.1961                                | 0.46254 | 1.2393                   | 0.58946 |
| EVT - Evitación                       | 1.8333                                | 0.64826 | 2.1111                   | 0.63089 |
| BAS - Búsqueda de apoyo social        | 2.0704                                | 0.99642 | 2.5684                   | 1.06581 |
| RLG - Religión                        | 0.5193                                | 0.69639 | 0.3782                   | 0.77927 |

## ***B. Estadística inferencial***

### *Comparación de las puntuaciones acerca de los estilos de afrontamiento*

#### *a. Relación entre los estilos de afrontamiento y la categoría profesional*

En la Tabla 61 se muestran los resultados encontrados entre los grupos (enfermeras, auxiliares, estudiantes de enfermeras en formación y estudiantes de auxiliar de enfermería en formación), respecto a las dimensiones del estilo de afrontamiento.

El resultado señala que existen diferencias en las siguientes variables al comparar las cuatro muestras: Reevaluación positiva ( $\chi^2(3) = 9.292$ ;  $p = .026$ ); Evitación ( $\chi^2(3) = 11.598$ ;  $p = .009$ ), Búsqueda de apoyo social ( $\chi^2(3) = 13.746$ ;  $p = .003$ ); y Religión ( $\chi^2(3) = 19.379$ ;  $p = .000$ ).

Tabla 61

*Comparación de estilos de afrontamiento y Categoría profesional*

| CAE (VD)                  | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Reevaluación positiva     |          |                | 9.292    | 3    | .026*          |
| Enfermera                 | 113      | 115.34         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 136.29         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 140.22         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 24       | 158.21         |          |      |                |
|                           | 259      |                |          |      |                |
| Evitación                 |          |                | 11.598   | 3    | .009**         |
| Enfermera                 | 112      | 113.29         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 132.19         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 149.65         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 24       | 152.19         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |
| Búsqueda de apoyo social  |          |                | 13.746   | 3    | .003**         |
| Enfermera                 | 112      | 123.20         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 112.66         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 160.26         |          |      |                |
| Aux. Enfermería formación | 24       | 137.42         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |
| Religión                  |          |                | 19.379   | 3    | .000**         |
| Enfermera                 | 113      | 123.22         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 160.35         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 107.81         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 24       | 125.85         |          |      |                |
|                           | 259      |                |          |      |                |

*Nota:* CAE = Cuestionario de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Los resultados sugieren diferencias entre los cuatro grupos de profesionales sanitarios. El grupo de enfermeras en formación mostró diferencias respecto al grupo de los auxiliares

de enfermería en formación en aspectos relacionados con la reevaluación positiva y la evitación. Además, se hallaron diferencias en el grupo de trabajadores de auxiliar de enfermería en aspectos relacionados con la religión.

*b. Relación entre los estilos de afrontamiento y el género*

En el conjunto de las variables estudiadas en las dimensiones del CAE no hay diferencias significativas respecto al género.

*c. Relación entre los estilos de afrontamiento y Servicios especiales vs. hospitalización*

En el conjunto de las variables estudiadas no fueron encontradas diferencias significativas en las dimensiones del CAE.

*d. Relación entre los estilos de afrontamiento y los servicios especiales*

Fueron encontradas diferencias entre los distintos servicios especiales (hemodiálisis, hemodinámica, reanimación, UCA/UCSI, UCI/coronaria, urgencias, URPA) respecto a las dimensiones de Estilos de afrontamiento ante situaciones de estrés (CAE): En el EEA, Expresión emocional abierta ( $\chi^2 (3) = 19.048; p = .000$ ); Evitación ( $\chi^2 (3) = 15.476; p = .001$ ); el factor 4 (Búsqueda de apoyo social) ( $\chi^2 (3) = 8.309; p = .040$ ); y Religión ( $\chi^2 (3) = 19.379; p = .000$ ).

*e. Comparación entre los factores de estilos de afrontamiento y hospitalización*

Tras el análisis de las dimensiones del CAE y su relación con la hospitalización (cardiología, cirugía, cirugía vascular, ginecología, infecciosas, medicina interna, neurología, psiquiatría, policlínica, respiratorio, traumatología, urología) no se encontraron diferencias significativas.

*f. Relación entre los estilos de afrontamiento y relación de empleo*

En la Tabla 62 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre los grupos (fijo, interino, temporal, estudiantes en formación) respecto a las dimensiones del CAE. En las dimensiones Evitación ( $\chi^2 (3) = 19.048$ ;  $p = .000$ ); Búsqueda de apoyo social ( $\chi^2 (3) = 15.476$ ;  $p = .001$ ); y Religión ( $\chi^2 (3) = 8.309$ ;  $p = .040$ ) se hallaron diferencias significativas en la variable relación de empleo.

Tabla 62

*Comparación entre puntuaciones Kruskal-Wallis de Estilos de afrontamiento y Relación de empleo*

| CAE (VD)                 | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|--------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Evitación                |          |                | 19.048   | 3    | .000**         |
| Fijo                     | 89       | 104.60         |          |      |                |
| Interino                 | 21       | 114.64         |          |      |                |
| Temporal                 | 70       | 142.29         |          |      |                |
| Estudiantes formación    | 78       | 150.43         |          |      |                |
|                          | 258      |                |          |      |                |
| Búsqueda de apoyo social |          |                | 15.476   | 3    | .001**         |
| Fijo                     | 89       | 107.96         |          |      |                |
| Interino                 | 20       | 125.20         |          |      |                |
| Temporal                 | 71       | 131.65         |          |      |                |
| Estudiantes formación    | 78       | 153.23         |          |      |                |
|                          | 258      |                |          |      |                |
| Religión                 |          |                | 8.309    | 3    | .040*          |
| Fijo                     | 89       | 129.70         |          |      |                |
| Interino                 | 21       | 144.38         |          |      |                |
| Temporal                 | 71       | 144.40         |          |      |                |
| Estudiantes formación    | 78       | 113.37         |          |      |                |
|                          | 259      |                |          |      |                |

*Nota:* CAE = Cuestionario de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Por otro lado, no se apreciaron diferencias significativas en las dimensiones Focalización en solución problema, Autofocalización negativa, Reevaluación Positiva ni en Expresión emocional abierta.

### 3.3. Análisis del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

#### A. Análisis descriptivo

Para dar respuesta al objetivo número dos, en la Tabla 63 se pueden observar los estadísticos descriptivos correspondientes a cada uno de los factores que configuran el constructo de estrés asistencial. Para ello, se tomó como referencia las puntuaciones de corte establecidas en el manual del MBI (Seisdedos, 1997) y las referidas por Gil-Monte y Peiró (2000) obtenida de una muestra española ( $n = 1188$ ). En la Tabla 63 aparecen las puntuaciones medias obtenidas en su estudio para la muestra específica de profesionales de enfermería ( $n = 568$ ).

Tabla 63. Estadísticos descriptivos obtenidos en las dimensiones del MBI

| Dimensiones               | Gil-Monte y Peiró (2000)<br>( $n = 568$ ) |       | Presente estudio<br>( $n = 260$ ) |       |
|---------------------------|-------------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
|                           | Media                                     | Dt    | Media                             | Dt    |
| CE - Cansancio emocional  | 22.58                                     | 11.04 | 21.87                             | 9.67  |
| DP - Despersonalización   | 6.08                                      | 4.95  | 6.37                              | 4.819 |
| RP - Realización personal | 36.30                                     | 6.48  | 13.81                             | 12.31 |

Tomando como referencia las puntuaciones de corte establecidas por el manual del MBI, y de acuerdo a las puntuaciones medias obtenidas, los profesionales de enfermería se pueden clasificar en tres niveles (bajo, medio, alto) (ver Tabla 64).

Tabla 64

*Puntos de corte de referencias típicas Manual MBI para establecer la prevalencia del estrés asistencial*

| Puntos de Corte           | MBI (TEA, 1997)<br>$n = 1138$ |       |           |       |       | Gil-Monte y Peiró (2000)<br>$n = 1188$ |       |           |       |       |
|---------------------------|-------------------------------|-------|-----------|-------|-------|----------------------------------------|-------|-----------|-------|-------|
|                           | Bajo                          | Medio | Alto      | Media | Dt    | Bajo                                   | Medio | Alto      | Media | Dt    |
| CE - Cansancio emocional  | $\leq 14$                     | 15-24 | $\geq 25$ | 20.86 | 11.30 | $\leq 15$                              | 16-24 | $\geq 25$ | 20.39 | 11.03 |
| DP - Despersonalización   | $\leq 3$                      | 4-9   | $\geq 10$ | 7.62  | 5.81  | $\leq 3$                               | 4-8   | $\geq 9$  | 11.03 | 6.364 |
| RP - Realización personal | $\geq 40$                     | 33-39 | $\leq 32$ | 35.71 | 8.08  | $\geq 40$                              | 34-39 | $\leq 35$ | 36.02 | 7.27  |

*Nota:* MBI: Escala Maslach Burnout Inventory; CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo, Dt: desviación típica

Tras el análisis del estrés asistencial, en la Tabla 65 se presentan las puntuaciones medias de las dimensiones para cada uno de los factores, que se desglosa de la siguiente manera: grupo de enfermeras en activo, grupo de enfermeras en formación, grupo de auxiliares en activo y grupo de auxiliares en formación. Al analizar las categorías por separado, los datos indicaron la ausencia de diferencias significativas entre las puntuaciones de referencia y las obtenidas para la muestra objeto de estudio, de un modo concreto, en las dimensiones de Cansancio emocional y Despersonalización. La excepción fue la dimensión de Realización personal, donde los datos indicaron puntuaciones bajas para la categoría de enfermeras en activo, auxiliares de enfermería en activo, estudiantes de enfermería en activo y para el grupo de estudiantes de auxiliar de enfermería en (media = 29.28). Se desglosan según el estado de la muestra de la siguiente manera: grupo de profesionales en activo y grupo de profesionales en formación (ver Tabla 66).

Tabla 65

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones del MBI de la muestra según grupos (n = 260)*

|          | Estadísticos descriptivos categoría profesional |      |                             |      |                             |       |                                  |       |
|----------|-------------------------------------------------|------|-----------------------------|------|-----------------------------|-------|----------------------------------|-------|
|          | Enfermeras<br>(n = 113)                         |      | Aux. enfermería<br>(n = 68) |      | Est. enfermeras<br>(n = 54) |       | Est. aux. enfermería<br>(n = 25) |       |
|          | Media                                           | Dt   | Media                       | Dt   | Media                       | Dt    | Media                            | Dt    |
| MBI - CE | 23.67                                           | 9.65 | 22.69                       | 9.03 | 18.53                       | 7.89  | 18.88                            | 12.59 |
| MBI - DP | 6.94                                            | 4.65 | 6.16                        | 5.05 | 5.07                        | 3.95  | 7.16                             | 6.11  |
| MBI - RP | 10.97                                           | 7.08 | 9.51                        | 8.27 | 17.92                       | 16.13 | 29.28                            | 15.79 |

*Nota:* MBI: Escala Maslach Burnout Inventory; CE = Cansancio emocional; DP = Despersonalización; RP = Realización personal.

Tabla 66

*Datos descriptivos de las dimensiones del MBI según tipo de relación*

| Dimensiones               | Estadísticos descriptivos            |         |                          |          |
|---------------------------|--------------------------------------|---------|--------------------------|----------|
|                           | Profesionales en activo<br>(n =181 ) |         | En formación<br>(n = 79) |          |
|                           | Media                                | Dt      | Media                    | Dt       |
| CE - Cansancio emocional  | 23.3017                              | 9.41243 | 18.6456                  | 9.54750  |
| DP - Despersonalización   | 6.6519                               | 4.81264 | 5.7342                   | 4.80574  |
| RP - Realización personal | 10.4190                              | 7.57048 | 21.5190                  | 16.79199 |

### ***B. Estadísticos inferenciales***

#### *Comparación de puntuaciones de estrés asistencial*

##### *a. Relación entre el estrés asistencial y la categoría profesional*

En la Tabla 67 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre los grupos (enfermeras, auxiliares de enfermería, estudiante de enfermería en formación y estudiantes de auxiliar de enfermería en formación), respecto a las tres dimensiones del estrés asistencial. En la dimensión Cansancio emocional se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2(3) = 13.666$ ;  $p = .003$ ), en relación al grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería en activo. Respecto al grupo en formación, esto sugiere que los grupos perciben un mayor grado de agotamiento emocional relacionado con el trabajo y su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del estrés crónico asistencial. Respecto a la Realización personal, se apreciaron diferencias estadísticas significativas ( $\chi^2(3) = 32.084$ ;  $p = .000$ ), en particular, en el grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería en activo que presentaron puntuaciones más bajas que los del grupo de formación.

Tabla 67. Comparación de puntuaciones Kruskal-Wallis entre el estrés asistencial y la categoría profesional

| MBI (VD)                  | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Cansancio emocional       |          |                | 13.666   | 3    | .003**         |
| Enfermera                 | 111      | 142.59         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 137.88         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 105.45         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 100.52         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |
| Realización personal      |          |                | 32.084   | 3    | .000**         |
| Enfermera                 | 111      | 122.31         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 105.76         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 141.20         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 200.74         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |

Nota: MBI: Escala Maslach Burnout Inventory.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

#### b. Relación entre el estrés asistencial y género

Para dar respuesta al objetivo número tres, en la Tabla 68 se muestran las características y diferencias significativas encontradas respecto al género en las dimensiones del estrés asistencial. El análisis mostró la existencia de diferencias en la dimensión de estrés asistencial respecto a la variable género, en concreto, en la dimensión Realización personal ( $z = -1.985$ ;  $p = .047$ ).

Tabla 68

Comparación de puntuaciones U Mann-Whitney entre MBI y género

| Variables dependientes     | <i>n</i> | Rango promedio | U    | <i>z</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|----------|----------------|------|----------|----------|
| MBI – Realización personal |          |                | 2658 | -1.985   | .047*    |
| Hombre                     | 30       | 154.90         |      |          |          |
| Mujer                      | 228      | 126.16         |      |          |          |
|                            | 258      |                |      |          |          |

Nota: MBI: Escala Maslach Burnout Inventory.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ .

*c. Relación entre el estrés asistencial y servicios especiales vs. hospitalización*

Como indica la Tabla 69, en el conjunto de las variables estudiadas no fueron encontradas diferencias significativas en las dimensiones del MBI entre las unidades de servicios especiales y hospitalización, salvo en la dimensión de Despersonalización ( $z = -2.175$ ;  $p = .030$ ).

Tabla 69

*Comparación entre el estrés asistencial y Servicios especiales vs. Hospitalización*

| MBI <sup>1</sup> (VD)       | <i>n</i> | Rango promedio | <i>U</i> | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|-----------------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| Despersonalización          |          |                | 7118.500 | -2.175   | .030*          |
| <i>Servicios especiales</i> | 124      | 141.09         |          |          |                |
| <i>Hospitalización</i>      | 136      | 120.84         |          |          |                |
|                             | 260      |                |          |          |                |

*Nota:* MBI = Escala de Maslach Burnout Inventory.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ .

*d. Relación entre el estrés asistencial y relación de empleo*

Respecto a las tres dimensiones del MBI, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Cansancio emocional ( $\chi^2(3) = 17.430$ ;  $p = .001$ ) y Realización personal ( $\chi^2(3) = 23.316$ ;  $p = .000$ ) (ver Tabla 70).

Tabla 70

*Comparación entre el estrés asistencial y la relación de empleo*

| MBI (VD)              | <i>n</i> | Rango<br>promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor<br><i>p</i> |
|-----------------------|----------|-------------------|----------|------|-------------------|
| Cansancio emocional   |          |                   | 17.430   | 3    | .001**            |
| Fijo                  | 89       | 151.56            |          |      |                   |
| Interino              | 20       | 121.78            |          |      |                   |
| Temporal              | 70       | 132.56            |          |      |                   |
| Estudiantes formación | 79       | 103.89            |          |      |                   |
|                       | 258      |                   |          |      |                   |
| Realización personal  |          |                   | 23.316   | 3    | .000**            |
| Fijo                  | 89       | 126.17            |          |      |                   |
| Interino              | 21       | 119.69            |          |      |                   |
| Temporal              | 69       | 101.81            |          |      |                   |
| Estudiantes formación | 79       | 160.04            |          |      |                   |
|                       | 258      |                   |          |      |                   |

*Nota:* MBI = Escala de Maslach Burnout Inventory.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

### 3.4. Análisis del cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

#### *A. Análisis descriptivo*

En la Tabla 71 se recogen los estadísticos descriptivos de referencia para una muestra de  $n = 97$  de personal de enfermería de las puntuaciones medias y desviaciones típicas de GHQ-28 siguiendo la escala de Puntuación GHQ que determina el número de síntomas presentes (Godoy Fernández y Sánchez Meca, 2009). Siguiendo este formato de puntuación, la escala presenta un mayor número de casos o presencia de sintomatología es la escala referida a síntomas físicos o psicósomáticos (ver Tabla 72).

Tabla 71

*Puntuaciones medias y desviaciones típicas de GHQ-28*

| Escala                   | Godoy et al. (2003)<br><i>n</i> = 97 |     |       |      | Muestra Objeto Estudio<br><i>n</i> = 260 |     |       |      |
|--------------------------|--------------------------------------|-----|-------|------|------------------------------------------|-----|-------|------|
|                          | Mín                                  | Máx | Media | Dt   | Mín                                      | Máx | Media | Dt   |
| GHQ General              | 0                                    | 25  | 5.15  | 5.80 | 5                                        | 22  | 18.17 | 2.71 |
| GHQA. Síntomas Somáticos | 0                                    | 7   | 2.06  | 2.33 | 0                                        | 7   | 5.21  | 1.35 |
| GHQB. Ansiedad-insomnio  | 0                                    | 7   | 1.79  | 2.20 | 0                                        | 7   | 5.55  | 2.04 |
| GHQC. Disfunción social  | 0                                    | 7   | 0.97  | 1.56 | 0                                        | 7   | 0.64  | 1.30 |
| GHQD. Depresión grave    | 0                                    | 7   | 0.33  | 1.10 | 0                                        | 7   | 6.76  | 0.78 |

*Nota:* GHQ-General: puntuación general de salud general; GHQA: escala de síntomas somáticos; GHQB: escala de síntomas de Ansiedad-insomnio; GHQC: escala de Disfunción social; GHQD: escala de síntomas Depresivos.

Para dar respuesta al objetivo número dos, se tomó como referencia el punto de corte 6 / 7 (6 no caso / 7 caso) por su mayor especificidad y menor tasa de personas mal clasificadas (ver Tabla 71). Considerando las puntuaciones totales de los sujetos en el GHQ-28, se pueden clasificar como sujeto normales y sujetos con probables problemas psíquicos, tal como proponen Lobo et al. (1986b).

Tabla 72

*Sensibilidad y especificad según el punto de corte Lobo et al. (1986b)*

| Punto corte | Sensibilidad | Especificidad |
|-------------|--------------|---------------|
| 5/6         | 84,6%        | 82%           |
| 6/7         | 76,9%        | 90,2%         |

En la Tabla 73 se presentan las puntuaciones del estado general de salud en el personal de enfermería que fueron encuestados, así como el número de casos correspondientes se muestra total subfactores/macrofactores por categoría. La salud general o bienestar psicológico, medido mediante la prueba de Salud General GHQ-28 de Goldberg,

fue cumplimentado por 260 participantes, con una puntuación media 18.17 y desviación típica de 2.71.

Al valorar las subescalas del cuestionario de Salud General GHQ-28, la subescala que registraba mayor puntuación fue la de Depresión con el 87.3% ( $dt = 0.96$ ), seguida de Ansiedad con el 65.0% ( $dt = 0.78$ ), Trastornos psicosomáticos con el 4.2% y Disfunción social con el 0.8%.

Tabla 73

*Diferencias de medias en las dimensiones de Salud General por grupos (n = 260)*

| Escala                   | Estadísticos descriptivos categoría profesional |      |                             |      |                             |      |                                  |      |
|--------------------------|-------------------------------------------------|------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|----------------------------------|------|
|                          | Enfermeras<br>(n = 113)                         |      | Aux. enfermería<br>(n = 68) |      | Est. enfermeras<br>(n = 54) |      | Est. aux. enfermería<br>(n = 25) |      |
|                          | Media                                           | Dt   | Media                       | Dt   | Media                       | Dt   | Media                            | Dt   |
| GHQ General              | 17.88                                           | 2.89 | 18.58                       | 2.62 | 17.85                       | 2.56 | 19.08                            | 2.21 |
| GHQA. Síntomas Somáticos | 5.11                                            | 1.37 | 5.27                        | 1.40 | 5.22                        | 1.35 | 5.52                             | 1.12 |
| GHQB. Ansiedad-insomnio  | 5.25                                            | 2.16 | 5.79                        | 2.02 | 5.38                        | 1.98 | 6.60                             | 1.11 |
| GHQC. Disfunción social  | 0.70                                            | 1.38 | 0.79                        | 1.57 | 0.57                        | 0.98 | 0.08                             | 0.27 |
| GHQD. Depresión grave    | 6.80                                            | 0.82 | 6.72                        | 0.89 | 6.66                        | 0.72 | 6.88                             | 0.33 |

*Nota:* GHQA = escala de síntomas somáticos; GHQB = escala de síntomas de Ansiedad-insomnio; GHQC = escala de Disfunción social; GHQD = escala de síntomas Depresivos.

En la Tabla 74 se presentan las puntuaciones del Estado General de Salud en el personal de enfermería. Para el grupo de profesionales en activo, de acuerdo a la primera escala de medición, el promedio de GHQA (síntomas somáticos) fue de 5.17 (nivel alto);  $Dt = 1.38$ . En el caso de la dimensión de GHQB-Ansiedad, se obtuvo una puntuación media = 5.48 (nivel alto),  $Dt = 2.12$ . En la dimensión de GHQC-Disfunción Social se obtuvo un puntaje medio = 0.74;  $Dt = 1.45$ . Por último, en GHQD-Depresión Grave se obtuvo un puntaje medio = 6.77;  $Dt = 0.84$ . Las puntuaciones para el grupo de profesionales en formación de acuerdo a la primera escala de medición, el promedio de GHQA (síntomas psicosomáticos) fue de 5.31 (nivel alto);  $Dt = 1.28$ . En el caso de la dimensión de GHQB-

Ansiedad, se obtuvo una puntuación media de 5.77 (nivel alto), (Dt = 1.83). En la dimensión de GHQC-Disfunción Social se obtuvo un puntaje medio de 0.41; (Dt= 0.85). Por último, en GHQD-Depresión Grave se obtuvo un puntaje medio de 6.73; (Dt = 0.63).

Tabla 74

*Datos descriptivos de las dimensiones del GHQ-28 según el tipo de relación (n = 260)*

| Escala                   | Estadísticos descriptivos CAE  |         |                     |         |
|--------------------------|--------------------------------|---------|---------------------|---------|
|                          | <i>Profesionales en activo</i> |         | <i>En formación</i> |         |
|                          | <i>(n = 181 )</i>              |         | <i>(n = 79)</i>     |         |
|                          | Media                          | Dt      | Media               | Dt      |
| GHQ General              | 18.1492                        | 2.80770 | 18.2405             | 2.51261 |
| GHQA. Síntomas Somáticos | 5.1768                         | 1.38312 | 5.3165              | 1.28646 |
| GHQB. Ansiedad-insomnio  | 5.4586                         | 2.12517 | 5.7722              | 1.83938 |
| GHQC. Disfunción social  | 0.7403                         | 1.45449 | 0.4177              | 0.85646 |
| GHQD. Depresión grave    | 6.7735                         | 0.84890 | 6.7342              | 0.63466 |

### ***A. Estadística inferencial***

#### *Comparación entre puntuaciones acerca del estado general de salud*

##### *a. Relación entre el estado general de salud y la categoría profesional*

En la Tabla 75 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre los grupos (enfermeras, auxiliares de enfermería, estudiante de enfermería y estudiantes de auxiliar) respecto a las dimensiones del estado general de salud. Los resultados señalan diferencias en las dimensiones GHQ-General ( $\chi^2 (3) = 10.586$ ;  $p = .014$ ) para el grupo de auxiliares de enfermería en formación y GHQB-Ansiedad-insomnio ( $\chi^2 (3) = 14.749$ ;  $p = .002$ ) para el grupo de auxiliares de enfermería en activo y en formación.

Tabla 75

*Comparación entre el estado general de salud y la categoría profesional*

| GHQ28 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| GHQ-General               |          |                | 10.586   | 3    | .014*          |
| Enfermera                 | 113      | 120.69         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 146.01         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 118.56         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 158.46         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |
| GHQB. Ansiedad-insomnio   |          |                | 14.749   | 3    | .002**         |
| Enfermera                 | 113      | 119.97         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 142.33         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 119.03         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 170.70         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |

*Nota:* GHQ-28: Cuestionario Salud General de Goldberg.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

El grupo de enfermeras en formación muestra diferencias respecto al grupo de trabajadores de enfermería activos, estudiantes de enfermería en formación y los auxiliares de enfermería en formación.

#### *b. Relación entre el estado general de salud y el género*

En el conjunto de las variables estudiadas no fueron encontradas diferencias significativas entre las dimensiones del GHQ-28 y el género.

#### *c. Relación entre el estado general de salud y servicios especiales vs hospitalización*

En el conjunto de las variables estudiadas no fueron encontradas diferencias significativas en las dimensiones del GHQ entre ambas unidades (servicios especiales vs. hospitalización).

*d. Relación entre el estado general de salud y la situación de empleo*

En las dimensiones del Estado general de salud y Relación de empleo no se apreciaron diferencias significativas en los estudiantes en formación a lo largo de todas las dimensiones.

### 3.5. Análisis de la escala Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17)

#### *A. Análisis descriptivo.*

Para dar respuesta al objetivo número dos, a partir de los cortes de referencia de Schaufeli y Bakker (2003), Salanova y Schaufeli (2009) se obtienen las puntuaciones medias, desviaciones típicas y estadísticos descriptivos de personal de enfermería ( $n = 1275$ ) en Autoeficacia (UWES-17) (ver Tabla 76).

Tabla 76

*Baremos de comparación ( $n = 1275$  trabajadores españoles) para la variable compromiso psicológico*

| Dimensiones             | Muy bajo    | Bajo        | Medio       | Alto        | Muy alto    | Media | Dt   |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|------|
| UWES Compromiso General | $\leq 1.93$ | 1.94 – 3.06 | 3.07 – 4.66 | 4.67 – 5.53 | $\geq 5.54$ | 3.82  | 1.10 |
| VI - Vigor              | $\leq 2.17$ | 2.18 - 3.20 | 3.21 – 4.80 | 4.81 -5.65  | $> 5.61$    | 3.99  | 1.11 |
| DE - Dedicación         | $\leq 1.60$ | 1.61 - 3.00 | 3.01 - 4.90 | 4.91 - 5.79 | $> 5.80$    | 3.81  | 1.31 |
| AB - Absorción          | $\leq 1.60$ | 1.61 - 2.75 | 2.76 - 4.40 | 4.41 - 5.35 | $> 5.36$    | 3.56  | 1.18 |

En la Tabla 77, se presentan los niveles de Compromiso psicológico general identificados en los participantes que fueron encuestados, así como el número de casos correspondientes de acuerdo con la escala de medición de Schaufeli y Bakker (2003), Salanova y Schaufeli (2009).

Tabla 77

*Estadísticos descriptivos de compromiso psicológico laboral de los profesionales*

| Escala                  | Schaufeli y Bakker (2003)<br><i>n</i> = 1275 |      | Estudio actual<br><i>n</i> = 260 |       |
|-------------------------|----------------------------------------------|------|----------------------------------|-------|
|                         | Media                                        | Dt   | Media                            | Dt    |
| UWES Compromiso General | 3.82                                         | 1.10 | 3.993                            | 1.004 |
| VI - Vigor              | 3.99                                         | 1.11 | 4.121                            | 1.037 |
| DE - Dedicación         | 3.81                                         | 1.31 | 4.373                            | 1.142 |
| AB - Absorción          | 3.56                                         | 1.18 | 3.547                            | 1.118 |

En la Tabla 78 se presentan las puntuaciones de compromiso psicológico del personal de enfermería encuestado, así como el número de casos correspondientes se muestra total subfactores/macrofactores por categoría. En la escala de compromiso psicológico en el trabajo (Utrecht Work Engagement Scale - UWES) las puntuaciones medias de las dimensiones para cada uno de los factores de compromiso psicológico se desglosan según la categoría y estado de la muestra de la siguiente manera: grupo de profesionales en activo y grupo de profesionales en formación (ver Tabla 79).

Tabla 78

*Datos descriptivos de las dimensiones del compromiso psicológico (n = 260)*

|                         | Estadísticos descriptivos categoría profesional |         |                                     |         |                                     |         |                                          |         |
|-------------------------|-------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|------------------------------------------|---------|
|                         | Enfermeras<br>( <i>n</i> = 113)                 |         | Aux. enfermería<br>( <i>n</i> = 68) |         | Est. enfermeras<br>( <i>n</i> = 54) |         | Est. aux. enfermería<br>( <i>n</i> = 25) |         |
|                         | Media                                           | Dt      | Media                               | Dt      | Media                               | Dt      | Media                                    | Dt      |
| UWES Compromiso General | 3.8022                                          | 0.96692 | 3.7379                              | 1.00833 | 4.4978                              | 0.76344 | 4.4588                                   | 1.11118 |
| VI - Vigor              | 3.9086                                          | 1.03029 | 4.0417                              | 1.07604 | 4.4506                              | 0.79281 | 4.5867                                   | 1.15582 |
| DE - Dedicación         | 4.1575                                          | 1.10984 | 4.0088                              | 1.17457 | 5.1074                              | 0.71291 | 4.7600                                   | 1.18181 |
| AB - Absorción          | 3.3997                                          | 1.04025 | 3.2083                              | 1.12058 | 4.0370                              | 0.99720 | 4.0800                                   | 1.22297 |

*Nota:* UWES: Utrecht Work Engagement Scale: Compromiso general, Vigor, Dedicación y Absorción.

Tabla 79

*Datos descriptivos de las dimensiones del UWES según el tipo de relación (n = 260)*

|                         | Estadísticos descriptivos             |         |                          |         |
|-------------------------|---------------------------------------|---------|--------------------------|---------|
|                         | Profesionales en activo<br>(n = 181 ) |         | En formación<br>(n = 79) |         |
|                         | Media                                 | Dt      | Media                    | Dt      |
| UWES Compromiso General | 3.7780                                | 0.98039 | 4.4855                   | 0.88107 |
| VI - Vigor              | 3.9586                                | 1.04673 | 4.4937                   | 0.91771 |
| DE - Dedicación         | 4.1017                                | 1.13365 | 4.9975                   | 0.89528 |
| AB - Absorción          | 3.3278                                | 1.07208 | 4.0506                   | 1.06597 |

### ***B. Estadística inferencial***

#### *Comparación de puntuaciones sobre el compromiso psicológico*

##### *a. Relación entre el compromiso psicológico y la categoría profesional*

En la Tabla 80 se muestran las características y diferencias significativas encontradas entre los grupos (enfermeras, auxiliares, estudiante de enfermería en formación y estudiantes de auxiliar de enfermería en formación) respecto a las dimensiones de Compromiso psicológico. El resultado señala que existen diferencias en las siguientes variables: Compromiso psicológico General ( $\chi^2 (3) = 30.366$ ;  $p = .000$ ); Vigor ( $\chi^2 (3) = 16.127$ ;  $p = .001$ ); Dedicación ( $\chi^2 (3) = 40.384$ ;  $p = .000$ ); y Absorción ( $\chi^2 (3) = 23.919$ ;  $p = .000$ ).

Tabla 80

*Comparación entre el compromiso psicológico y la categoría profesional*

| UWES <sup>1</sup> (VD)    | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| UWES – General            |          |                | 30.366   | 3    | .000**         |
| Enfermera                 | 113      | 115.87         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 109.85         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 168.34         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 171.06         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |
| Vigor                     |          |                | 16.127   | 3    | .001**         |
| Enfermera                 | 113      | 115.13         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 124.38         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 153.53         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 166.88         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |
| Dedicación                |          |                | 40.384   |      | .000**         |
| Enfermera                 | 113      | 114.67         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 105.91         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 180.44         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 161.04         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |
| Absorción                 |          |                | 23.919   | 3    | .000**         |
| Enfermera                 | 113      | 121.11         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 107.38         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 161.70         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 168.46         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |

*Nota:* UWES: Utrech Work Engagement Scale: Compromiso general, Vigor, Dedicación y Absorción.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

### *b. Relación entre el compromiso psicológico y el género*

En el conjunto de las variables estudiadas no fueron encontradas diferencias significativas entre las dimensiones del UWES y el género.

### *c. Relación entre el compromiso psicológico y servicios especiales vs. hospitalización*

En el conjunto de las variables estudiadas fueron encontradas diferencias significativas entre las dimensiones del UWES respecto las unidades (servicios especiales vs.

hospitalización): UWES–General ( $z = -2.773$ ;  $p = .006$ ), Vigor ( $z = -2.517$ ;  $p = .012$ ), Dedicación ( $z = -2.795$ ;  $p = .005$ ) y Absorción ( $z = -2.429$ ;  $p = .015$ ) (ver Tabla 78). En los dos grupos de unidades se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Hospitalización con las dimensiones del compromiso psicológico (ver Tabla 81).

Tabla 81

*Comparación entre Compromiso psicológico y los Servicios especiales vs. Hospitalización*

| UWES (VD)            | <i>n</i> | Rango promedio | U        | <i>z</i> | valor <i>p</i> |
|----------------------|----------|----------------|----------|----------|----------------|
| UWES–General         |          |                | 6753     | -2.773   | .006**         |
| Servicios especiales | 124      | 116.96         |          |          |                |
| Hospitalización      | 136      | 142.85         |          |          |                |
|                      | 260      |                |          |          |                |
| Vigor                |          |                | 6909.500 | -2.517   | .012*          |
| Servicios especiales | 124      | 118.22         |          |          |                |
| Hospitalización      | 136      | 141.69         |          |          |                |
|                      | 260      |                |          |          |                |
| Dedicación           |          |                | 6742.500 | -2.795   | .005**         |
| Servicios especiales | 124      | 116.88         |          |          |                |
| Hospitalización      | 136      | 142.92         |          |          |                |
|                      | 260      |                |          |          |                |
| Absorción            |          |                | 6962.500 | -2.429   | .015*          |
| Servicios especiales | 124      | 118.65         |          |          |                |
| Hospitalización      | 136      | 141.31         |          |          |                |
|                      | 260      |                |          |          |                |

*Nota:* UWES: Utrech Work Engagement Scale: Compromiso general, Vigor, Dedicación y Absorción.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

### *c. Relación entre el compromiso psicológico y relación de empleo*

Respecto a las dimensiones de Compromiso Psicológico, medida mediante la escala UWES, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones: Compromiso Psicológico General ( $\chi^2 (3) = 33.417$ ;  $p = .000$ ), Vigor ( $\chi^2 (3) = 17.011$ ;  $p = .001$ ), Dedicación ( $\chi^2 (3) = 46.192$ ;  $p = .000$ ) y Absorción ( $\chi^2 (3) = 23.279$ ;  $p =$

.000). En concreto, los resultados muestran diferencias significativas en los estudiantes en formación a lo largo de todas las dimensiones (ver Tabla 82).

Tabla 82

*Comparación entre Compromiso psicológico y la relación de empleo*

| UWES (VD)             | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|-----------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| UWES – General        |          |                | 33.417   | 3    | .000**         |
| Fijo                  | 89       | 104.81         |          |      |                |
| Interino              | 21       | 108.10         |          |      |                |
| Temporal              | 71       | 126.27         |          |      |                |
| Estudiantes formación | 79       | 169.20         |          |      |                |
|                       | 260      |                |          |      |                |
| Vigor                 |          |                | 17.011   | 3    | .001**         |
| Fijo                  | 89       | 112.07         |          |      |                |
| Interino              | 21       | 112.55         |          |      |                |
| Temporal              | 71       | 128.59         |          |      |                |
| Estudiantes formación | 79       | 157.75         |          |      |                |
|                       | 260      |                |          |      |                |
| Dedicación            |          |                | 46.192   | 3    | .000**         |
| Fijo                  | 89       | 98.08          |          |      |                |
| Interino              | 21       | 103.74         |          |      |                |
| Temporal              | 71       | 130.31         |          |      |                |
| Estudiantes formación | 79       | 174.30         |          |      |                |
|                       | 260      |                |          |      |                |
| Absorción             |          |                | 23.279   | 3    | .000**         |
| Fijo                  | 89       | 111.90         |          |      |                |
| Interino              | 21       | 110.64         |          |      |                |
| Temporal              | 71       | 122.58         |          |      |                |
| Estudiantes formación | 79       | 163.84         |          |      |                |
|                       | 260      |                |          |      |                |

*Nota:* UWES: Utrech Work Engagement Scale: Compromiso general, Vigor, Dedicación y Absorción.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

### ***C. Correlaciones entre el estrés percibido, el afrontamiento y las conductas de salud***

Con respecto al objetivo específico número 4, cuyo fin es identificar y analizar la relación que tienen las estrategias de afrontamiento sobre cada una de las subescalas del compromiso psicológico y del estrés asistencial, identificando la presencia de diferencias

significativas entre los grupos (en activo y en formación), los resultados no mostraron correlaciones significativas entre la variable del estrés percibido y el compromiso psicológico laboral y sus dimensiones.

En el grupo de profesionales en activo, en cuanto a las correlaciones entre las estrategias y estilos de afrontamiento y el compromiso psicológico, se encontró una relación negativa y de grado moderado (Cohen, 1988) entre el estilo solución de problema con la dimensión Vigor, en el sentido de que un mayor puntaje denota mayor vigor ( $r_s = -0.326$ ;  $p < .01$ ), una relación inversa y de grado moderado entre el cansancio emocional y la dimensión Vigor ( $r_s = -0.330$ ;  $p < .01$ ) y, por último, una relación inversa y de grado mediano entre el Compromiso psicológico general y Realización personal ( $r_s = -0.538$ ;  $p < .01$ ); Vigor ( $r_s = -0.526$ ;  $p < .01$ ); Dedicación ( $r_s = -0.529$ ;  $p < .01$ ) y una relación directa pero de grado moderado con Absorción ( $r_s = 0.99$ ;  $p < .01$ ).

Respecto al grupo de profesionales en formación, en cuanto a las correlaciones entre las dimensiones del MBI y el compromiso psicológico, se encontró una relación inversa y de grado moderado (Cohen, 1988) entre el Cansancio emocional y el Compromiso psicológico general ( $r_s = -0.340$ ;  $p < .01$ ). Por otro lado, se halló una relación directa y de grado moderado entre la dimensión del Estado general de salud GHQD-Depresión y Vigor ( $r_s = 0.318$ ;  $p < .01$ ).

#### ***D. Análisis de regresión múltiple de las puntuaciones en la dimensión de Compromiso psicológico laboral***

Para dar respuesta al objetivo específico número 5, se llevó a cabo la exploración y análisis de la asociación entre los niveles del compromiso psicológico y cada una de sus dimensiones del IFPOS, estilos de afrontamiento, el estrés asistencial y la percepción del

estado general de salud. Asimismo, se identificó para cada una de las variables analizadas aquellos predictores del compromiso psicológico, en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación.

El objetivo general fue identificar los niveles de compromiso psicológico general y de las variables relacionadas, como los factores psicosociales laborales y extralaborales, los estilos de afrontamiento, el estrés asistencial, el estado general de salud en las cuatro categorías de profesionales de enfermería en activo y en formación. Posteriormente, se realizó una valoración positiva en la exposición de factores psicosociales laborales y extralaborales (factores protectores), y se determinó el papel moderador de las estrategias de afrontamiento (recursos personales protectores) en los niveles del estrés asistencial, sobre la percepción del estado de salud y su expresión en los niveles de compromiso psicológico en el trabajo.

Por último, se realizaron análisis de regresión múltiple segmentado por el estamento (en activo y en formación) mediante el método de pasos sucesivos (*stepwise*) para obtener el mejor ajuste posible y al nivel  $p \leq .05$ , para determinar qué variables consideradas en el estudio suponen los mejores predictoras del compromiso psicológico. En cada análisis se estableció como variable dependiente cada una de las dimensiones del compromiso psicológico en el trabajo (Compromiso psicológico general, Vigor, Dedicación y Absorción). Se consideraron variables predictoras todas las variables del estrés asistencial y factores psicosociales, estrategias de afrontamiento, dimensiones del estado general de salud y las principales variables sociodemográficas. Con respecto a las dimensiones que configuran el compromiso psicológico laboral, una vez controlado el efecto de las principales variables sociodemográficas y laborales, se obtuvieron diferencias significativas.

En la Tabla 83 se muestra el modelo resultante del análisis de regresión múltiple segmentada por el estamento de los profesionales de enfermería (activo y en formación) que incluye como variables predictoras las puntuaciones obtenidas en el compromiso psicológico en el trabajo general. Con respecto al grupo de profesionales en activo, los niveles de compromiso psicológico general son explicados a partir de las dimensiones Cansancio emocional, Realización personal, Focalización en la solución problema y el factor 1 (Capacidad de comunicación). El análisis de la varianza reflejó que el modelo posee potencia explicativa estadísticamente significativa y el coeficiente de  $R^2$  corregida explica el 30.7% de la varianza observada en las puntuaciones del Compromiso psicológico general del UWES. Además, el factor de capacidad de comunicación es el que mayor influencia ejerció sobre las puntuaciones. En el grupo de profesionales en formación, los valores de Compromiso psicológico general fueron explicados a través de las dimensiones de Cansancio emocional y Búsqueda de apoyo social. En este caso, el poder explicativo del modelo es menor, obteniéndose una  $R^2$  corregida que explica el 19% de la varianza observada en las puntuaciones de Compromiso psicológico laboral. El factor de Búsqueda de apoyo social es el que mayor influencia predictiva ejerció sobre dicha variable.

Del total de las variables introducidas, los factores Cansancio emocional y Búsqueda de apoyo social se relacionaron negativa y significativamente con la presencia de Compromiso psicológico en el trabajo. Además, puntuaciones bajas en Realización personal predijeron menores puntuaciones en compromiso psicológico general.

Tabla 83

*Resultados de la regresión múltiple y predictores del compromiso psicológico general*

| VD: Compromiso Psicológico General |                            | Coeficientes |          |       |  |
|------------------------------------|----------------------------|--------------|----------|-------|--|
|                                    | $\beta$<br><i>estandar</i> | <i>p</i>     | <i>t</i> | $R^2$ |  |
| VI: Variables predictoras          |                            |              |          |       |  |
| <b>Activo</b>                      |                            |              |          |       |  |
| Constante                          |                            |              | 12.540   |       |  |
| MBI - Cansancio emocional          | -.247                      | <.001        | -6.333   | .246  |  |
| MBI - Realización personal         | -.439                      | <.001        | -3.621   | .285  |  |
| CAE - Focalizado solución problema | .159                       | .020         | 2.347    | .306  |  |
| F 1 - Capacidad comunicación       | .143                       | .040         | 2.068    | .323  |  |
| Resumen del modelo                 |                            |              |          |       |  |
| $R^2$ a corregida                  |                            | .307         |          |       |  |
| <b>Formación</b>                   |                            |              |          |       |  |
| Constante                          |                            |              | 13.341   |       |  |
| MBI - Cansancio emocional          | -.333                      | <.001        | 3.074    | .111  |  |
| CAE -Búsqueda de apoyo social      | -.320                      | <.001        | -2.955   | .214  |  |
| Resumen del modelo                 |                            |              |          |       |  |
| $R^2$ a corregida                  |                            | .190         |          |       |  |

*Nota:* MBI: Maslach Burnout Inventory; CAE = Escala estilos Afrontamiento ante situaciones de estrés; IFPOS = Inventario de Factores Psicosociales en Organización Saludable.

$B$  (beta) = coeficiente de regresión parcial estandarizado;  $t$  y  $p$  = prueba  $T$  de significación de cada coeficiente de regresión parcial y su correspondiente nivel crítico de probabilidad;  $R^2$  = coeficiente de correlación parcial de cada predictor;  $R^2$ a = correlación cuadrada múltiple ajustada -varianza explicada.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

En el grupo de profesionales en activo, los niveles de Vigor son explicados a partir de las dimensiones Cansancio emocional, Realización personal, Solución problema y Expresión emocional abierta ( $R^2$  corregida = 33.6%). Por otro lado, en el grupo de profesionales en formación, los valores de Vigor son explicados a través de las dimensiones de Cansancio emocional y Búsqueda de apoyo social. En este caso, el poder explicativo del modelo es menor, con una  $R^2$  a corregida que explica el 17.2% de la varianza. El factor Búsqueda de apoyo social tuvo la mayor influencia predictiva sobre Vigor (ver Tabla 84). Por su parte, el Cansancio emocional y la Realización personal se relacionaron de forma negativa con la presencia de Vigor, de manera que puntuaciones bajas en estas variables predicen puntuaciones altas en Vigor.

Tabla 84

*Resultados de regresión lineal múltiple que predicen el Vigor de la escala UWES*

| VD: Vigor                            | Coeficientes      |       |        |                |
|--------------------------------------|-------------------|-------|--------|----------------|
|                                      | $\beta$<br>estánd | p     | t      | R <sup>2</sup> |
| VI: Variables predictoras            |                   |       |        |                |
| <b>Activo</b>                        |                   |       |        |                |
| Constante                            |                   |       | 12.987 |                |
| MBI - Cansancio emocional            | -.232             | <.001 | -5.676 | .234           |
| MBI - Realización personal           | -.381             | <.001 | -3.617 | .294           |
| CAE - Focalización solución problema | .207              | .002  | 3.110  | .328           |
| CAE - Expresión emocional abierta    | -.159             | .014  | -2.483 | .352           |
| Resumen del modelo                   |                   |       |        |                |
| R <sup>2</sup> a corregida .336      |                   |       |        |                |
| <b>Formación</b>                     |                   |       |        |                |
| Constante                            |                   |       | 13.341 |                |
| MBI - Cansancio emocional            | -.348             | .002  | -5.676 | .121           |
| CAE - Búsqueda de apoyo social       | .273              | .015  | -3.617 | .196           |
| Resumen del modelo                   |                   |       |        |                |
| R <sup>2</sup> a corregida .172      |                   |       |        |                |

*Nota:* MBI: Maslach Burnout Inventory; CAE = Escala estilos Afrontamiento ante situaciones de estrés.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$ .

Entre los profesionales en activo, los niveles de Dedicación son explicados a partir de las dimensiones: Cansancio emocional, Realización personal, edad y Focalización solución problema ( $R^2$  corregida = 33.9%). Para el grupo de profesionales en formación, fueron los valores de Dedicación, explicados a través de las dimensiones de Búsqueda de apoyo social, Cansancio emocional y Factor 2 (Medio de transporte) ( $R^2$  corregida = 27.7%), siendo el factor medio de transporte el que mayor influencia predictiva ejerció sobre Dedicación. El Cansancio emocional se relacionó de forma negativa con la presencia de Dedicación, lo que revela que puntuaciones bajas en estas variables predicen altas puntuaciones en Dedicación (ver Tabla 85).

Tabla 85

Resultados de regresión lineal múltiple que predicen Dedicación en la escala UWES

| VD: Dedicación                       | Coeficientes      |       |        |                |
|--------------------------------------|-------------------|-------|--------|----------------|
|                                      | $\beta$<br>estánd | p     | t      | R <sup>2</sup> |
| VI: Variables predictoras            |                   |       |        |                |
| <b>Activo</b>                        |                   |       |        |                |
| Constante                            |                   |       | 11.481 |                |
| MBI - Cansancio emocional            | -.222             | <.001 | -3.490 | .258           |
| MBI - Realización personal           | -.419             | <.001 | -6.254 | .310           |
| Edad                                 | -.154             | .016  | -2.433 | .335           |
| CAE – Focalización solución problema | .148              | .027  | 2.236  | .354           |
| Resumen del modelo                   |                   |       |        |                |
| R <sup>2</sup> a corregida .339      |                   |       |        |                |
| <b>Formación</b>                     |                   |       |        |                |
| Constante                            |                   |       | 14.261 |                |
| CAE - Búsqueda de apoyo social       | .343              | <.001 | -3.490 | .133           |
| MBI - Cansancio emocional            | -.417             | <.001 | -6.254 | .257           |
| F 2 - Medio transporte               | .236              | .016  | -2.433 | .309           |
| Resumen del modelo                   |                   |       |        |                |
| R <sup>2</sup> a corregida .277      |                   |       |        |                |

Nota: MBI: Maslach Burnout Inventory; CAE = Escala estilos Afrontamiento ante situaciones de estrés; IFPOS = Inventario de Factores Psicosociales en Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Como refleja la Tabla 86, referente al grupo de profesionales en activo, los niveles de Absorción se explicaron a partir de las dimensiones Realización personal y FIV (Burocracia excesiva). En este caso, el poder explicativo del modelo fue inferior, con una  $R^2$  corregida que explicó el 15.3% de la varianza observada. Asimismo, en el grupo de profesionales en formación, los valores de Absorción son explicados a través de las dimensiones de Búsqueda de apoyo social y la edad, siendo el factor de edad el que mayor influencia predictiva ejerció sobre Absorción. Concretamente, el poder explicativo del modelo es menor, con una  $R^2$  corregida que explicó el 14.5% de la varianza.

En relación a la correlación de las variables, el factor Búsqueda de apoyo social del CAE y la edad, se relacionan de forma positiva y significativa con la presencia de Absorción. Por su parte, la Realización personal se relacionó de forma negativa con la presencia de Absorción. Es decir, puntuaciones bajas en estas variables predicen altas puntuaciones en Absorción. Finalmente, los modelos propuestos para cada dimensión del Compromiso psicológico mostraron resultaron significativos para los dos grupos de profesionales analizados ( $p < .01$ ).

La asociación de las características sociodemográficas-laborales y compromiso psicológico y sus tres dimensiones, según el análisis de regresión lineal múltiple (ver Tabla 86), a excepción de la variable demográfica edad, nose asoció con la dimensión de Absorción.

Tabla 86

*Resultados de regresión lineal múltiple que predicen Absorción en la escala UWES*

| VD: Absorción                  | Coeficientes       |       |        |       |
|--------------------------------|--------------------|-------|--------|-------|
|                                | $\beta$<br>estánd  | $p$   | $t$    | $R^2$ |
| VI: variables predictoras      |                    |       |        |       |
| <i>Activo</i>                  |                    |       |        |       |
| Constante                      |                    |       | 20.825 |       |
| MBI - Realización personal     | -.398              | <.001 | -5.510 | .134  |
| F 4 - Burocracia excesiva      | .173               | .017  | 2.402  | .163  |
| Resumen del modelo             |                    |       |        |       |
|                                | $R^2$<br>corregida | .153  |        |       |
| <i>Formación</i>               |                    |       |        |       |
| Constante                      |                    |       | 4.633  |       |
| CAE - Búsqueda de apoyo social | .308               | .007  | 2.770  | .090  |
| Edad                           | .282               | .014  | 2.536  | .170  |
| Resumen del modelo             |                    |       |        |       |
|                                | $R^2$<br>corregida | .145  |        |       |

*Nota:* MBI = Escala de Maslach Burnout Inventory; IFPOS = Inventario de Factores Psicosociales en Organización Saludable.  
(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $< .01$ .

Los resultados revelaron que los niveles de Compromiso psicológico laboral, tanto en términos generales como en subescalas, presentaron relaciones directas y estadísticamente significativas con los factores psicosociales, el estrés asistencial, estrategias de afrontamiento y percepción de bienestar psicológico ( $p < .01$ ).

### 3.6. Análisis escala ipsativa Percepción Organización Saludable

En este apartado se pretende describir el grado de percepción de pertenencia a una organización saludable, según lo planteado en el objetivo número seis.

Este objetivo se relaciona con el grado de importancia que los trabajadores conceden a la salud organizacional. En la Tabla 87 se describen las puntuaciones porcentuales de los ítems más relevantes en la escala ipsativa.

Tabla 87

*Porcentajes escala ipsativa percepción organización saludable*

| Ítem | Descripción del ítem                                                                | $n =$<br>260 | %     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| I    | La fortaleza competitiva de la empresa                                              | 154          | 69.37 |
| A    | La igualdad entre trabajadores y la no discriminación                               | 57           | 25.68 |
| G    | La seguridad y estabilidad en el empleo                                             | 52           | 23.42 |
| F    | La participación de todos los miembros de la empresa en la organización del trabajo | 52           | 19.40 |
| E    | La formación y el desarrollo de competencias para el futuro                         | 43           | 19.37 |
| D    | La autonomía y responsabilidad en el desarrollo de las tareas laborales             | 42           | 18.92 |
| B    | El reconocimiento de los méritos en el trabajo y su recompensa justa y equitativa   | 39           | 17.57 |
| H    | Las condiciones saludables y de seguridad en el entorno laboral                     | 46           | 17.16 |
| J    | La implicación y la motivación de los trabajadores                                  | 38           | 17.12 |
| C    | La lealtad mutua entre empresa y empleado, y la identificación de objetivos comunes | 34           | 15.32 |



## **CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN DEL ESTUDIO**



## Discusión del estudio

El objetivo general del presente estudio es conocer el valor predictivo de una serie de variables psicosociales que se espera se relacionen con tres indicadores del compromiso psicológico en el trabajo (Vigor, Dedicación y Absorción) en una muestra de profesionales de enfermería en activo y en formación de dos hospitales públicos de Bizkaia. Además, se presentan otras conclusiones obtenidas del análisis inferencial de otras variables, como factores psicosociales laborales y extralaborales, estrategias de afrontamiento, estrés asistencial y bienestar general.

El punto de partida del trabajo empírico efectuado es que el enfoque positivo, definido tanto por las fortalezas a nivel individual, como las buenas prácticas a nivel organizacional, puede tener un impacto sobre el estado general de la salud del trabajador sanitario y en la calidad de la atención asistencial. En este sentido, se considera que el estrés (eustress) puede ser un proceso positivo de acuerdo a los postulados de Seligman y Csikszentmihalyi (2000). Estos autores definen las fortalezas individuales como el funcionamiento óptimo del ser humano sobre sus debilidades, con un pronunciado énfasis en la promoción del desarrollo de recursos personales y positivos.

En este estudio se describe la relación que hay entre los estilos de afrontamiento proactivos que inhiben los niveles del estrés asistencial y que contribuyen a la mejora del estado de la salud o bienestar psicosocial del profesional de enfermería. Además, se busca esclarecer el papel facilitador que tienen los factores protectores en el desarrollo de los niveles de compromiso psicológico laboral (Diez y Dolan, 2008; Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1999; Moos y Holahan, 2003; Ríos et al., 2010; Alarcon et al., 2011). Por otro lado, se pretende describir la percepción de pertenencia en la organización saludable de la muestra

evaluada como la definen distintos autores (Eriksson y Lindström, 2005; Moos y Holahan, 2003; 2005; Schaufeli et al., 2003).

En relación a la literatura previa, se resalta la relevancia que tienen algunas variables psicosociales positivas en la vida laboral, personal y organizacional del profesional de enfermería, considerando los recursos laborales y personales expresados en los niveles del compromiso psicológico laboral. Las investigaciones previas apoyan los resultados obtenidos en la presente investigación, tal y como se describirá en los apartados posteriores, y justifican el estudio de los aspectos psicosociales en el contexto laboral que, en función de la percepción del profesional y el tipo de respuesta que manifiesta, actuarán como agravantes, inhibidores o moderadores de los niveles del estrés asistencial, en el bienestar, estado de salud y en los niveles de compromiso psicológico en el trabajo reportados.

La investigación realizada demuestra que niveles moderados de estrés asistencial se vinculan a niveles moderados de compromiso psicológico en el trabajo. Por su parte, niveles moderados del compromiso psicológico se asocian a un descenso de las restantes variables psicosociales analizadas que a su vez se relacionan entre sí.

### **1. Validación de la escala IFPOS**

El primer objetivo de la tesis consistió en diseñar y validar un cuestionario de aspectos psicosociales organizacionales y extralaborales, el Inventario de Factores Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS).

La primera parte del estudio consistió en determinar la validez factorial de un instrumento creado “ad hoc” para medir diferentes aspectos psicosociales en la organización saludable. Este instrumento se inspira en dos métodos de medida conocidos, el elaborado por

el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (Istas21 – CoPsoQ, 2004), y el RED-WONT (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2005). Ambos enfoques se centran en aspectos diversos y exclusivos, de manera que no miden todas las variables posibles que cabe considerar dentro de las dimensiones psicosociales de la organización saludable. De ahí la necesidad de diseñar y validar la herramienta IFPOS. El instrumento incluye medidas de variables psicosociales laborales y extra-laborales, aspectos que incidirán en el estado físico y/o psicológico del propio profesional y en la propia organización.

La mayoría de los modelos teóricos formulados sobre factores psicosociales y salud en el entorno laboral se han centrado en estudiar su relación con el estrés. El instrumento IFPOS se emplea para identificar y medir la percepción que tienen los trabajadores sobre algunos factores psicosociales de su entorno laboral y extralaboral, que, según numerosas investigaciones, se relacionan directamente con el estrés y el bienestar psicosocial (físico, psicológico y social) (Cooper, 1998; Cooper y Payne, 1988; Dunham, 2001). El bienestar de las personas no depende en exclusiva de factores psicosociales organizacionales (Villalobos, 2005), por este motivo, el inventario IFPOS incluyó y consideró aspectos extralaborales y personales. La gestión de estas variables puede favorecer el bienestar psicosocial o el malestar psicosocial.

Siguiendo la referencia del estudio comparativo de los investigadores Moreno y Baez (2010), los cuales realizaron una comparación entre distintas evaluaciones psicosociales, se estructura el IFPOS con el objetivo de llevar a cabo una evaluación psicosocial basada en la evidencia que permita posteriormente diseñar una adecuada intervención psicosocial positiva sobre el bienestar psicosocial.

El IFPOS es un instrumento de evaluación psicosocial que surge al integrar modelos clásicos como el modelo de Demandas-Recursos (Demerouti et al., 2001a), ampliándolos con el Modelo de Proceso Dual (Salanova et al., 2005b; Schaufeli y Bakker, 2004) que incorpora la Psicología Organizacional Positiva a la prevención de riesgos psicosociales. Integra aspectos básicos de la psicología como proceso, bajo el paradigma de la Psicología Organizacional Positiva, que resalta la importancia de los recursos personales como el compromiso psicológico, descrito a partir de cuatro categorías: demandas laborales, recursos personales y recursos laborales y consecuencias a nivel individual y organizacional. Por tanto, determinar el grado de compromiso psicológico en el trabajo y algunos de los factores psicosociales protectores en los profesionales de enfermería es de gran importancia, porque al identificarlos es posible intervenir en ellos con el fin de potenciar los recursos personales positivos.

Tras determinar la validez de contenido y aparente, que excluyó a un total de 50 ítems, y posteriormente de realizar un análisis factorial (análisis factorial de primer y segundo orden) la escala final IFPOS se constituye de 244 ítems, estructurada en siete dimensiones: *Factor 1*: Recursos profesionales y formación (61 ítems), *Factor 2*: Demandas laborales organizacionales (50 ítems), *Factor 3*: Aspectos psicológicos personales (36 ítems), *Factor 4*: Demandas laborales unidad asistencial (29 ítems). *Factor 5*: Factores ambientales unidad asistencial (35 ítems), *Factor 6*: Recursos laborales organización-trabajador (13 ítems), *Factor 7*: Recursos laborales positivos organización-trabajador (17 ítems). La consistencia interna de la prueba fue adecuada, oscilando los coeficientes alpha de .74 a .91.

Las siete escalas del IFPOS coinciden con algunos de los factores identificados en otras herramientas (Ver tabla 88 y 89).

Tabla 88

*Comparación subfactores IFPOS con otras versiones metodologías nacionales*

| Factores Modelo IFPOS*                                      | Versiones Nacionales |                                    |                                             |                                                 |                                             |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                                                             | ISTAS 21 (2004)      | PFSICO<br>Martín y Pérez<br>(1997) | RED<br>WONT,<br>(Salalnova et al.,<br>2005) | PREVENLAB –<br>PSICOSOCIAL<br>Peiró, 1999; 2003 | MAPFRE<br>INERMAP<br>Gracia Camón<br>(2003) |
| <b>FACTOR 1</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Recursos profesionales y formación</b>                   |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Capacidades organizativas                                   |                      | ✓                                  | ✓                                           |                                                 |                                             |
| Adaptación retos                                            |                      | ✓                                  |                                             |                                                 |                                             |
| Capacidad comunicación                                      |                      |                                    | ✓                                           |                                                 | ✓                                           |
| Competencias interpersonales                                |                      |                                    | ✓                                           | ✓                                               | ✓                                           |
| Autocontrol                                                 |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Adaptación nuevas tecnologías                               |                      | ✓                                  |                                             |                                                 |                                             |
| Formación recursos propios                                  |                      | ✓                                  |                                             |                                                 | ✓                                           |
| <b>FACTOR 2</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Demandas laborales organizacional.</b>                   |                      |                                    | ✓                                           |                                                 |                                             |
| Inseguridad contractual                                     |                      |                                    |                                             |                                                 | ✓                                           |
| Macroestresores laborales                                   |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Situación amenazante                                        |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Estrés doméstico                                            |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Carencia relación interpersonal                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Inestabilidad laboral                                       |                      |                                    | ✓                                           |                                                 | ✓                                           |
| Medio transporte                                            |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>FACTOR 3</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Aspectos psicológicos personales</b>                     |                      |                                    | ✓                                           |                                                 |                                             |
| Apoyo social                                                | ✓                    |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Problemas comunicación                                      |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Problemas psicológicos                                      |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>FACTOR 4</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Demandas laborales unidad asistencial</b>                |                      |                                    | ✓                                           |                                                 |                                             |
| Situaciones poco frecuentes                                 |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Sobrecarga laboral                                          |                      | ✓                                  | ✓                                           |                                                 | ✓                                           |
| Valores y creencias                                         |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Relación cliente                                            |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Acogida cliente                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Burocracia excesiva                                         |                      |                                    | ✓                                           |                                                 |                                             |
| <b>FACTOR 5</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Factores ambientales unidad asistencial</b>              |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Organización poco saludable                                 |                      |                                    | ✓                                           |                                                 |                                             |
| Fallos tecnológicos                                         |                      |                                    |                                             | ✓                                               |                                             |
| Exposición riesgos laborales                                |                      |                                    |                                             | ✓                                               |                                             |
| Espacio físico                                              |                      |                                    |                                             | ✓                                               | ✓                                           |
| Contaminación acústica                                      |                      |                                    |                                             | ✓                                               | ✓                                           |
| <b>FACTOR 6</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Recursos laborales organización-trabajador</b>           |                      |                                    | ✓                                           |                                                 |                                             |
| Promoción y desarrollo profesiones                          |                      | ✓                                  |                                             |                                                 |                                             |
| Conciliación familia-trabajo                                |                      |                                    |                                             | ✓                                               | ✓                                           |
| Conducta prosocial                                          |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>FACTOR 7</b>                                             |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| <b>Recursos laborales positivos organización-trabajador</b> |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Sentimientos valoración                                     | ✓                    |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Organización saludable                                      |                      |                                    |                                             |                                                 |                                             |
| Competencias profesionales                                  |                      | ✓                                  |                                             |                                                 | ✓                                           |

Nota: ISTAS-21: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2004); PFSICO (Martín y Pérez (1997); RED-WONT: Work and organizational network (2005); INERMAP: Instituto de Ergonomía de Mapfre.

Tabla 89

*Comparación subfactores IFPOS con otras versiones metodologías internacionales*

| Factores Modelo IFPOS*                                      | Versiones Internacionales              |                              |                                                                             |                                    |                     |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
|                                                             | COPSOQ*<br>Kristensen et al.<br>(2005) | JCQ<br>Karasek et al. (1988) | NIOSH GENERIC<br>JOB STRESS<br>QUESTIONNAIRE<br>Hurrell y McLaney<br>(1988) | SDS<br>Ivancevich et al.<br>(1983) | WES*<br>Moos (1981) |
| <b>FACTOR 1</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Recursos profesionales y formación</b>                   |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Capacidades organizativas                                   |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Adaptación retos                                            |                                        |                              |                                                                             |                                    | ✓                   |
| Capacidad comunicación                                      | ✓                                      |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Competencias interpersonales                                |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Autocontrol                                                 |                                        |                              |                                                                             |                                    | ✓                   |
| Adaptación nuevas tecnologías                               |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Formación recursos propios                                  |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>FACTOR 2</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Demandas laborales organizacional.</b>                   | ✓                                      |                              |                                                                             |                                    | ✓                   |
| Inseguridad contractual                                     | ✓                                      | ✓                            |                                                                             |                                    |                     |
| Macroestresores laborales                                   |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Situación amenazante                                        |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Estrés doméstico                                            |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Carencia relación interpersonal                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Inestabilidad laboral                                       |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Medio transporte                                            |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>FACTOR 3</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Aspectos psicológicos personales</b>                     | ✓                                      | ✓                            | ✓                                                                           |                                    |                     |
| Apoyo social                                                | ✓                                      | ✓                            | ✓                                                                           |                                    | ✓                   |
| Problemas comunicación                                      |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Problemas psicológicos                                      | ✓                                      |                              | ✓                                                                           |                                    |                     |
| <b>FACTOR 4</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Demandas laborales unidad asistencial</b>                |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Situaciones poco frecuentes                                 |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Sobrecarga laboral                                          | ✓                                      | ✓                            |                                                                             | ✓                                  | ✓                   |
| Valores y creencias                                         | ✓                                      |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Relación cliente                                            |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Acogida cliente                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Burocracia excesiva                                         |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>FACTOR 5</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Factores ambientales unidad asistencial</b>              |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Organización poco saludable                                 |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Fallos tecnológicos                                         |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Exposición riesgos laborales                                |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Espacio físico                                              |                                        |                              |                                                                             |                                    | ✓                   |
| Contaminación acústica                                      |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>FACTOR 6</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Recursos laborales organización-trabajador</b>           |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Promoción y desarrollo profes                               |                                        |                              | ✓                                                                           | ✓                                  |                     |
| Conciliación familia-trabajo                                |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Conducta prosocial                                          |                                        |                              |                                                                             |                                    | ✓                   |
| <b>FACTOR 7</b>                                             |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| <b>Recursos laborales positivos organización-trabajador</b> | ✓                                      |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Sentimientos valoración                                     |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Organización saludable                                      |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |
| Competencias profesionales                                  |                                        |                              |                                                                             |                                    |                     |

*Nota:* IFPOS: Inventario de Factores Psicosociales Organización Saludable; COPSOQ: Cuestionario Psicosocial de Copenhagen; NIOSH Generic Job Stress Questionnaire: Cuestionario de Estrés Trabajo Genérico; SDS: stress Diagnostic Survey; WES: Work Environment Scale.

En consonancia con metodologías españolas, el Factor 1 de *Recursos profesionales y formación* también ha sido medido dentro de los indicadores del PFSICO (Martin y Pérez, 1997), RED (Equipo WONT, 2005), Prevenlab-Psicosocial (Peiró, 1999, 2003) y Mapfre Inermap (Gracia Camón, 2003). Igualmente, al revisar la metodología de evaluación psicosocial internacional, se puede comprobar que ha sido medido dentro de los indicadores del COPSOQ (Kristensen et al., 2005) y de la metodología WES (Moos, 1981). El Factor 1 aglutina aspectos relacionados con recursos personales, que evalúa la posibilidad que tienen los profesionales para determinar el tipo de capacidades organizativas respecto a la tarea, así como la adaptación a los nuevos retos, capacidades comunicativas, competencias interpersonales, autocontrol, adaptación a las nuevas tecnologías y la formación sobre recursos propios de la profesión.

En relación al Factor 2 *Demandas laborales organizacionales y extralaboral* (estrés general personal y laboral) hay coincidencia con la metodología RED (Equipo WONT, 2005), y Mapfre Inermap (Gracia Camón, 2003). A nivel internacional, hay coincidencia con la metodología COPSOQ (Kristensen et al., 2005), JCQ Karasek et al. (1988) y de la metodología WES (Moos, 1981). El Factor 2 incluye aspectos relacionados con las demandas laborales, que evalúa la percepción que tienen los profesionales sobre aspectos relacionados con el estrés general personal y laboral, como la inseguridad contractual, macroestresores laborales, situaciones amenazantes, estrés doméstico, carencias interpersonales, inestabilidad laboral y el medio de transporte.

En relación al Factor 3 *Aspectos psicológicos personales* coincide con factores identificados en los métodos ISTAS 21, PFSICO (Martin y Pérez, 1997), RED (equipo WONT, 2005). A nivel internacional, hay alguna coincidencia con los métodos COPSOQ (Kristensen et al., 2005), JCQ de Karasek et al. (1988), NIOSH Generic Job Stress

Questionnaire (Hurrell y McLaney, 1988) y de la metodología WES (Moos, 1981). Este factor, recoge aspectos relacionados con las consecuencias a nivel individual y organizacional, y evalúa las buenas o malas relaciones que se establecen con compañeros y supervisores para determinar el apoyo social, problemas de comunicación y problemas psicológicos.

En cuanto al Factor 4 *Demandas laborales unidad asistencial métodos* coincide con los instrumentos PFSICO (Martin y Pérez, 1997), RED (equipo WONT, 2005), Prevenlab-Psicosocial (Peiró, 1999, 2003) y Mapfre Inermap (Gracia Camón, 2003). A nivel internacional, coincide con los métodos COPSOQ (Kristensen et al., 2005), JCQ Karasek et al. (1988), NIOSH Generic Job Stress Questionnaire de Hurrell y McLaney (1988), SDS Ivancevich et al. (1983) y de la metodología WES (Moos, 1981). El bloque de contenidos relacionados con demandas laborales, agrupa aspectos detallados en el Factor 4, que evalúa la percepción que tienen los profesionales sobre aspectos relacionados con situaciones poco frecuentes, la sobrecarga laboral, los valores y las creencias, la relación con el cliente/usuario, la acogida al cliente/usuario y la burocracia excesiva.

El Factor 5 *Factores ambientales unidad asistencial* coincide con algunos factores incluidos en el método RED (equipo WONT, 2005), Prevenlab-Psicosocial (Peiró, 1999, 2003) y Mapfre Inermap (Gracia Camón, 2003). A nivel internacional, coincide con factores y variables del método WES, desarrollado por Moos (1981). El factor evalúa la percepción de los profesionales sobre factores ambientales de la unidad asistencial, como fallos tecnológicos, la exposición riesgos laborales, espacio físico y la contaminación acústica.

El Factor 6 *Recursos laborales organización-trabajador* (conductas saludables organizacionales) es coincidente con las metodologías PFSICO (Martin y Pérez, 1997), RED (equipo WONT, 2005), Prevenlab-Psicosocial (Peiró, 1999; 2003) y Mapfre Inermap (Gracia

Camón, 2003). A nivel internacional también ha sido medido dentro de los indicadores del NIOSH Generic Job Stress Questionnaire de Hurrell y McLaney (1988), SDS Ivancevich et al. (1983) y de la metodología WES (Moos, 1981). Este factor aglutina los recursos laborales que evalúa la percepción que tienen los profesionales sobre aspectos relacionados con las buenas conductas saludables organizacionales, como la promoción y desarrollo profesional, conciliación familia-trabajo, conducta prosocial y recursos laborales positivos.

El factor 7 *Recursos laborales positivos organización-trabajador* (actitudes positivas organización-trabajador), es coincidente con la metodología de ISTAS 21, PFSICO (Martin y Pérez, 1997), y Mapfre Inermap (Gracia Camón, 2003) y a nivel internacional con la metodología COPSOQ (Kristensen et al., 2005). Este factor evalúa la percepción del trabajador sobre actitudes positivas como sentimientos de valoración, organización saludable y competencias profesionales.

En resumen, el instrumento IFPOS no se puede considerar como un método equivalente a los descritos, ya que está estructurado de forma diferente y aporta información distinta de los factores psicosociales que se evalúan. El IFPOS en consonancia con el paradigma de la Psicología Organizacional Positiva, se basa en el equilibrio de los recursos laborales y personales, pero sin olvidar la corrección o la intervención de aquello que no funciona.

## **2. Características descriptivas de la muestra a partir de diferentes indicadores**

El segundo objetivo pretendía realizar un análisis descriptivo de cada una de las variables en la totalidad de la muestra: aspectos psicosociales del entorno laboral y extralaboral (mediante el IFPOS), estilos de afrontamiento (mediante el CAE), estrés

asistencial (mediante la MBI), estado general de salud (mediante el GHQ-28) y compromiso psicológico en el trabajo (mediante la UWES-17).

## **2.1 Análisis descriptivo del Inventario Factores Psicosociales en la Organización Saludable (IFPOS)**

El cuestionario IFPOS recaba información acerca del grado de incomodidad causado por diferentes variables físicas, psicológicas y sociales de orden laboral y extralaboral en los últimos treinta días. Los análisis revelaron que las puntuaciones medias para cada una de las dimensiones de los subfactores/macrofactores psicosociales ante situaciones de estrés, y en orden de mayor a menor importancia, de acuerdo a la escala tipo Likert (0-4), son: *Factor 6* (Recursos laborales organización-trabajador) con media de 1.8091, que significa niveles “moderadamente bajos” (conciliación familiar, promoción y desarrollo profesional y conducta prosocial), *Factor 4* (demandas laborales de la unidad asistencial) con una media 1.7653, que significa niveles “moderadamente bajos”, *Factor 5* (factores ambientales de la unidad asistencial) con una media 1.7566, que significa niveles “moderadamente bajos”, *Factor 3* (Aspectos psicológicos personales) con una media de 1,6615 (apoyo social, problemas de comunicación, problemas psicológicos), que significa niveles “moderadamente bajos”, *Factor 2* (demandas laborales organizacionales) con una media de 1,5188, que significa niveles “moderadamente bajos”, *Factor 7* (Recursos laborales positivos organización-trabajador) con una puntuación media de 1.4379 (por ejemplo, sentimientos de valoración, organización saludable y competencias profesionales), que significa niveles “moderadamente bajos” y *Factor 1* (recursos profesionales y formación) con una media de 1,4738, que significa niveles “moderadamente bajos”.

En resumen, y tomada la muestra en su conjunto, las personas presentaron puntuaciones “moderadamente bajas” en las variables de los siete factores del IFPOS.

## **2.2. Análisis descriptivo del Cuestionario de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés (CAE)**

Entre los objetivos específicos planteados en el trabajo se encontraba analizar las estrategias de afrontamiento contempladas en esta investigación. En el capítulo 1 se definió qué estrategias de afrontamiento eran las más adaptativas y cuáles lo eran menos. Para ello se tuvieron en cuenta las revisiones de Lazarus y Folkman (1986), Baron y Kenney (1986), Carnicer et al. (2012), Casado (2002), de Van Rooy y Viswesveran (2004), Peiró y Salvador (1993).

El estudio revela que las puntuaciones medias de las dimensiones de afrontamiento, y por orden de importancia fueron: subescala Focalizado solución del problema (FSP) con una media 15.11, Reevaluación positiva (REP) con una media 14.72 y Búsqueda de apoyo social (BAS) con una media 13.32, lo que significa que los participantes emplean con mayor frecuencia estas formas de afrontamiento activo, centrado en el problema. Mientras que dentro de las estrategias de afrontamiento pasivas, y que se emplean con menos frecuencia en el presente estudio, destacan las siguientes: Evitación (EVT) con una media 11.50, Autofocalización negativa (AFN) con una media 8.13, Expresión emocional abierta (EEA) con una media 7.25 y Religión (RLG) con una media 2.86. Todas ellas son estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

De igual manera, en un estudio con población general de Sandín y Chorot (2003) las puntuaciones medias más elevadas (13.58, 13.90, 12.87) correspondieron a las subescalas Focalizado solución del problema (FSP), Reevaluación positiva (REP) y Búsqueda de apoyo

social (BAS), lo que sugiere que los participantes suelen emplear con mayor frecuencia formas de afrontamiento activo, o centrados en el problema, incluyendo esfuerzos dirigidos fundamentalmente a influir en el origen del estrés para modificarlo o eliminarlo y buscar una solución satisfactoria. Las puntuaciones medias más bajas (6.22, 6.14, 5.76) en el estudio de Sandín también se produjeron en las subescalas Autofocalización negativa (AFN) y Expresión emocional abierta (EEA) y Religión (RLG), relacionadas con estilos pasivos o centrados en la emoción. Por tanto, apreciamos que hay una relación entre los estilos de afrontamiento destacados de nuestro estudio con los obtenidos en estudios de población general.

En concordancia con otras líneas de investigación (DeLongis y Holtzman, 2005; Farber, Bhaju, Campos, Hodari, Motley, Dennany y Sharma, 2010; Gross y John, 2003; Karademas, 2007; Karekla y Panayiotou, 2011; Portocarrero y Bernardes, 2013; Scheibe, Freund y Baltes, 2007), parece existir cierto consenso en considerar que ciertas estrategias como, por ejemplo, la reevaluación positiva, ejercen un papel protector en el bienestar psicológico en general. Por el contrario, mecanismos pasivos y/o evitativos (negar el problema, evitar pensar en él de forma sistemática, abusar de sustancias nocivas, etc.) no facilitarían el funcionamiento psicológico óptimo.

En esta línea, Arrogante (2014) señala que los profesionales sanitarios son más proclives a emplear estrategias de afrontamiento relacionadas con el compromiso y el apoyo. La presente investigación coincide con ese estudio. Los profesionales de enfermería estudiados emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de compromiso (dirigidos al problema) y afrontamiento de apoyo (búsqueda de apoyo social).

En el presente estudio, las puntuaciones del resto de las estrategias de afrontamiento evaluadas, como evitación, autofocalización negativa, expresión emocional abierta indican

una utilización moderada de las mismas y en menor medida aun la conducta religiosa. En opinión de algunos, estas últimas serían estrategias de afrontamiento desadaptativas porque reducen el estrés a corto plazo, pero de escaso valor a largo plazo. Especialmente, la evitación implica el empleo de pensamientos irreales y no productivos. Contrariamente, en el estudio realizado por Arenas y Andrade (2013) se evidenció el distanciamiento de la fuente de estrés, una estrategia similar la evitación, como una de las dos categorías de afrontamiento mayormente empleadas por los profesionales de la salud.

Respecto a la estrategia *Focalizado en la solución del problema* (FSP) nuestras puntuaciones son inferiores a otros estudios (González y Landero, 2007; Marín Sánchez et al., 2005), y superiores a los aportados por Sandín y Chorot (2003) y Contreras (2008). Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problema son las más utilizadas. Estas estrategias reducen el estrés al tiempo que promueven la mejora de la salud a largo plazo. Las personas que hacen uso de ella siguen unos pasos bien pensados, estableciendo un plan de actuación que recoge información de las personas implicadas en la solución del problema planteando soluciones concretas.

Respecto a la *Reevaluación positiva* (REP) nuestras puntuaciones son inferiores a otros estudios (Marín Sánchez et al., 2005) y superiores a los aportados por González y Landero (2007), Contreras (2008) y Sandín y Chorot, (2003). En relación a la reevaluación positiva, la persona realiza esfuerzos por dar un significado positivo de la situación que genera estrés.

En cuanto a la *Búsqueda de apoyo social* (BAS) nuestras puntuaciones son inferiores a otros estudios (Marín Sánchez et al., 2005), y superiores a los aportados por (González y Landero, 2007), Contreras (2008) y Sandín y Chorot (2003). La búsqueda de apoyo social provoca que las personas recurran a la familia o amigos para manifestar cómo se sienten,

solicitar consejo sobre el estilo de afrontamiento adecuado para el manejo de la situación estresante.

En relación a las Estrategias de Afrontamiento no Activo, coincidiendo con la muestra de Sandín y Chorot (2003) las puntuaciones medias más bajas se presentan en las subescalas Autofocalización negativa (AFN) y Expresión emocional abierta (EEA), considerados pasivos o centrados en la emoción, que son los esfuerzos encaminados a regular los estados emocionales relacionados o derivados de las situaciones estresantes.

Respecto a la *Autofocalización negativa* (AFN), las puntuaciones son inferiores a otros estudios González y Landero (2007), y superiores a los aportados por Contreras (2008) Sandín y Chorot, (2003) y Marín Sánchez et al. (2005).

En cuanto a la *Expresión emocional abierta* (EEA), los datos son inferiores a otros estudios (González y Landero, 2008; Marín Sánchez et al., 2005), y superiores a los aportados por Contreras (2008) y Sandín y Chorot (2003). Paradójicamente, los resultados difieren a los estudios de Paris y Omar (2009) en una muestra de profesionales de la salud, los resultados indicaron que los médicos emplean estrategias focalizadas en la emoción con más frecuencia que los enfermeros.

Respecto a la *Evitación* (EVT), las puntuaciones son inferiores a otros estudios (Marín Sánchez et al., 2005), y superiores a los aportados por Contreras (2008), González y, Landero (2007) y Sandín y Chorot (2003).

### **2.3. Análisis descriptivo del Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Entre los objetivos específicos contemplados en esta investigación se encontraba analizar el malestar psicosocial en el ámbito organizacional de la salud, en concreto, el estrés

asistencial en los profesionales de enfermería. Se tomó como referencia las puntuaciones de corte establecidas en el manual del MBI (Seisdedos, 1997) y las referidas por Gil-Monte y Peiró (2000) obtenida de una muestra española ( $n = 1188$ ) en población de enfermería.

El estudio revela, de acuerdo a los puntos de corte del MBI, niveles moderados de Cansancio Emocional (CE), con una puntuación media 21.87, niveles moderados de Despersonalización (DP), con una media de 6.37 y niveles bajos de Realización personal (RP), con una media de 13.81. Si lo analizamos por categorías, los datos apuntan a que en los cuatro grupos estudiados, el Cansancio Emocional es moderado, lo mismo cabe decir, en Despersonalización con niveles moderados, y, en cambio, en Realización personal, tienen todos niveles bajos.

Respecto al *Cansancio emocional* (CE), las puntuaciones son inferiores a los estudios aportados por Bakker et al. (2000), Cao et al. (2015), Gil-Monte y Peiró (2000), Manzano (2001), Suñer, Font, Gras, Bertran y Sullman (2013) y Van Der Colff y Rothmann (2014), y superiores a los aportados por Contreras (2008) y Wu, Liu, Sun, Zhao, Wang, y Wang (2004). Niveles moderados de cansancio emocional significan que tanto la muestra general y en cada uno de los grupos, las emociones que acompañan a su desempeño laboral llevan consigo un desgaste psicológico, y que supone un impacto emocional relativo. Es posible que los valores, las creencias, las conductas proactivas, puedan reportar beneficios emocionales y afectivos, y actúen moderando el cansancio emocional propio de la unidad asistencial. Estas diferencias informadas en otros estudios pueden deberse a la existencia de discrepancia a la hora de utilizar las puntuaciones de corte y a los diferentes criterios utilizados para determinar la presencia de estrés asistencial (Grau, Gil-Monte, García y Figueiredo, 2010).

En cuanto a la *Despersonalización* (DP) los datos fueron similares con los estudios de Gil Monte y Peiro (2000), son inferiores a otros estudios (Bakker, 2000; Cao et al., 2015;

Contreras, 2008; Manzano, 2001; Van Der Colff y Rothmann, 2014; Wu et al., 2004), y superiores a los aportados por Gil-Monte y Peiró, (2000) y Suñer et al. (2013). El nivel moderado de despersonalización significa que los profesionales de enfermería muestran un trato y una relación personal con el enfermo y con los familiares.

Respecto a la *Realización Personal* (RP) los datos coinciden con los estudios de Bakker et al. (2000) y Cao et al. (2015) y son inferiores a otros estudios (Contreras, 2008; Gil-Monte y Peiró, 2000; Manzano, 2001; Suñer et al., 2013; Van Der Colff y Rothmann, 2014; Wu et al., 2004). Puntuaciones bajas significa que los profesionales muestran sentimientos negativos de realización personal, valoran poco el tipo de trabajo en sí mismo, sugiere el descontento con sus supervisores, evidencia escasez de reconocimiento y de valor del desempeño laboral.

En diferentes investigaciones realizadas en estudiantes universitarios los resultados descriptivos encontrados a través de las tres dimensiones analizadas mediante el MBI son similares a los reportados por Salanova, Cifre, Grau, Llorens y Martínez (2005). Con anterioridad, el estudio de Martínez, Marqués, Salanova y Lopes da Silva (2002), Martínez y Salanova (2003) hallaron valores medios para agotamiento, cinismo y eficacia, respectivamente. Extremera et al. (2007) también obtuvieron medias similares en estas dimensiones.

Por último, no se encontraron diferencias en las medias en las dimensiones de Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal en los profesionales en activo y en formación. Al comparar los dos grupos profesionales “en formación” y “en activo”, se observa que los resultados de ambos son similares y que la puntuación que se obtuvo en Cansancio emocional es ligeramente más elevada, seguida de la Despersonalización, que es ligeramente más baja. En la variable Realización personal se

observa una puntuación inferior, reflejándose un menor sentimiento de realización personal en el trabajo y mayor posibilidad de experimentar estrés asistencial.

Por tanto, los datos parecen indicar que los profesionales tienen una percepción moderada de sí mismos en el ámbito organizacional, así como una adaptación general moderada. A pesar de estar sometidos a altos niveles de estrés asistencial y que experimentan niveles de cansancio emocional, perciben una sensación de energía y conexión con su trabajo. Estos resultados están en consonancia con el marco teórico que consideran estos constructos como independientes uno del otro (Bakker, 2011; Schaufeli y Bakker; 2001; 2010).

#### **2.4. Análisis descriptivo del cuestionario Salud General de Goldberg (GHQ-28)**

Otro de los objetivos específicos contemplados en este trabajo se encontraba obtener una aproximación en la autopercepción que tiene el participante con relación a su propio bienestar o estado de salud (físico, psicológico y social). Con tal fin, se utilizó el Cuestionario General de Salud GHQ-28 para medir el nivel del estado general de la salud percibida.

El estudio revela, de acuerdo a los puntos de corte del GHQ-28, que la sintomatología más frecuente en orden de mayor a menor puntuación fue: Depresión Grave (GHQD) y Ansiedad-Insomnio (GHQB) junto con Síntomas somáticos (GHQA). Mientras que la escala Disfunción social (GHQC) es la que menos puntuación presenta. Esto sucede en los cuatro grupos estudiados. El nivel percibido en el estado general de salud es similar al obtenido en la validación del cuestionario GHQ-28 de la población española (Godoy et al., 2002).

Arrogante (2014) a la hora de predecir el bienestar psíquico del colectivo sanitario, destaca la importancia del entorno laboral a la hora de determinar que los profesionales sanitarios se encuentren bien. Los hallazgos revelan que el nivel de bienestar percibido se sitúa en niveles similares a los obtenidos por otros estudios. Si se analizan los valores

obtenidos en la evaluación de la salud percibida mediante el GHQ-28, los resultados son similares a los que indican estudios previos con profesionales de enfermería. De un modo concreto, los datos muestran cierta vulnerabilidad psíquica en la muestra de profesionales de enfermería (Boada i Grau et al., 2004; Escribá et al., 2000; García-Izquierdo et al., 2000; Gil-Monte, 1996; Godoy-Izquierdo et al., 2002; Lobo et al., 1986b; Marín Sánchez et al., 2005; Santamaría y Soto, 2005). Además, también existe concordancia entre los porcentajes de vulnerabilidad psíquica encontrados en la escala de Ansiedad/insomnio (GHQB, 54.6%) y la subescala de Depresión grave (GHQD, 87.3%).

Respecto a los *Síntomas Somáticos* (GHQA), las puntuaciones obtenidas son superiores a las aportadas por Godoy et al. (2003) y Oginska-Bulik (2005). Respecto a la *Ansiedad-Insomnio* (GHQB) las puntuaciones obtenidas son inferiores los datos de otros estudios (Oginska-Bulik, 2005).

En cuanto a la *Disfunción social* (GHQC) las puntuaciones obtenidas son inferiores los datos a otros estudios (Oginska-Bulik, 2005).

En relación a la *Depresión grave* (GHQD), las puntuaciones obtenidas son superiores a los aportados por (Godoy et al., 2003) y (Oginska-Bulik, 2005).

## **2.5. Análisis descriptivo del Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17)**

Otro de los objetivos específicos contemplados en esta investigación consistía en analizar una de las características del capital psicológico positivo en el ámbito organizacional de la salud, en particular, el compromiso psicológico (engagement) en los profesionales de enfermería. En el capítulo 2 y capítulo 6 se definió el compromiso psicológico y sus características para cada una de las dimensiones: Vigor, Dedicación y Absorción.

Se tomó como referencia las puntuaciones de corte establecidas en el estudio de Schaufeli y Bakker (2003) obtenida de una muestra española ( $n = 1275$ ). Para la muestra objeto de estudio, los profesionales de enfermería evaluados en la presente investigación obtienen puntuaciones moderadas: la puntuación en Vigor (puntuación media de 4.21), seguida por Dedicación (puntuación media de 4.37). La excepción la conforma el factor de Absorción (puntuación media de 3.54) donde hay una puntuación inferior a la media de la puntuación normativa del UWES de Schaufeli y Bakker (2003).

Respecto al *Vigor* (VI) los datos son inferiores a otros estudios aportados por Arenas, Jaramillo (2013), Hui et al. (2015) y Van Bogaert et al. (2013), y superiores a los aportados por Extremera et al. (2007), Salanova et al. (2005) y Martínez y Salanova (2003). Niveles moderados de vigor significa que hay cierta energía, resistencia mental y de persistencia en el trabajo, a pesar de las dificultades que puedan surgir.

En cuanto a la de *Dedicación* (DE), los datos son inferiores a otros estudios aportados por Arenas y Jaramillo (2013), Hui et al. (2015) y Van Bogaert et al. (2013), y superiores a los aportados por Extremera et al. (2007), Salanova et al. (2005) y Martínez y Salanova (2003). La Dedicación hace referencia a la implicación con el trabajo y que manifiesta por un sentimiento de orgullo, entusiasmo, realización personal y reto ante el mismo.

En cuanto a la de *Absorción* (AB), los datos son inferiores a otros estudios aportados por Hui et al. (2015), Van Bogaert et al. (2013) y Salanova et al. (2005), y superiores a los aportados por Arenas y Jaramillo (2013), Extremera et al. (2007) y Martínez y Salanova (2003). La Absorción implica una experiencia de concentración en el trabajo, en la que el tiempo pasa muy deprisa y que dificulta desconcentrarse de la actividad que se realiza. Niveles bajos de absorción sugieren que se muestran poco satisfechos, con altas demandas

laborales, acompañadas de interrupciones continuas en el desempeño laboral, con dificultad para concentrarse en el cumplimiento de sus responsabilidades (Shimazu y Schaufeli, 2009).

En último lugar, una vez analizados los datos derivados del cuestionario UWES puede afirmarse que los profesionales de enfermería “en activo” y “en formación” tienen un comportamiento muy similar en cuanto a las tres dimensiones que conforman el compromiso psicológico; los valores en este constructo se asemejan a los encontrados en poblaciones similares y se corresponden con niveles moderados compromiso.

## **2.6. Análisis descriptivo de la percepción de pertenencia a la “Organización Saludable”**

Se utilizó una escala ipsativa para conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el constructo de organización saludable. A continuación, se describen algunas de las puntuaciones porcentuales de los ítems más relevantes: la fortaleza competitiva de la empresa destaca en primer lugar con un 69.37% ( $n = 154$ ); en segundo lugar obtuvo un 25.68% ( $n = 57$ ) la igualdad entre trabajadores y la no discriminación; y en tercer lugar, obtuvo el 23.42% ( $n = 52$ ) para la seguridad y estabilidad en el empleo. Esto sugiere que los trabajadores perciben las fortalezas organizacionales como aspectos saludables, lo que significa que estas prácticas pueden verse reflejadas en el incremento de aspectos positivos de los trabajadores, como es el compromiso psicológico en el trabajo. Estos resultados están en consonancia con las conclusiones obtenidas por algunos autores como Acosta et al. (2012). Estos autores en un estudio realizado con el propósito de identificar la influencia de las prácticas organizacionales saludables en el compromiso psicológico, evidenciaron que las prácticas incrementan los efectos positivos de sus empleados con el trabajo, expresados a través del vigor, dedicación y absorción. Estos factores permiten el crecimiento personal, la

satisfacción, el aprendizaje y desarrollo profesional (Shimazu y Schaufeli, 2009; Xanthopoulou et al., 2009).

Distintos autores sostienen que aquellas organizaciones que se concentran en fomentar la participación de sus empleados pueden tener una imagen más positiva que aquellas que lidian con fenómenos negativos, como el estrés asistencial o las enfermedades psicosomáticas. La oportunidad de centrarse en la promoción del compromiso psicológico sitúa a las organizaciones en una situación de menor riesgo y mayores posibilidades de éxito en los procesos de cambio (Kompier et al., 2000). Otra línea de actuación es la focalización en aspectos laborales positivos, como el compromiso psicológico, ya que puede motivar a los empleados participar más activamente (Leiter y Maslach, 2009). Otro tipo de investigaciones señalan que los ambientes saludables y la salud de los trabajadores son condiciones esenciales para la efectividad de los profesionales de las personas y para el rendimiento de las organizaciones (Bakker y Leiter, 2010; Gil-Monte, 2012). Por ello, la conexión psicológica de los empleados con sus trabajos ha adquirido especial relevancia. Los trabajadores necesitan identificarse con la organización y conocer si trabajan e interactúan en una organización saludable (Bakker y Leiter, 2010).

La percepción de pertenencia a una organización saludable implica una visión integradora que además de disminuir el estrés ocupacional y promover la seguridad y la salud, también se preocupa por la conducta de la organización, la dirección de los recursos humanos y la economía. La organización va a influir de forma notable en el capital psicológico positivo de sus trabajadores y de esta forma contribuir a generar trabajadores saludables (Luthans et al., 2007a; Luthans et al., 2010). Entre las razones por las que un empleado decide mantenerse en su empresa es porque percibe que realiza su trabajo en un ambiente saludable (Salanova, 2009). Además, estas organizaciones son saludables porque

reúnen una serie de requisitos, tales como los siguientes: la salud tiene un valor estratégico en la organización; la salud de los empleados es un fin en sí misma; consiguen un ambiente físico de trabajo sano y seguro, con menos accidentes laborales de tipo físico, como caídas, contagios de enfermedad, etc.; desarrollan a su vez un ambiente social de trabajo inspirador para los empleados, en donde están a gusto y trabajando con los compañeros y sus jefes; hacen que los empleados se sientan vitales y enérgicos: motivados y fuertemente implicados en su trabajo, establecen buenas relaciones con el entorno organizacional, con una imagen positiva de la organización en su entorno y con responsabilidad social corporativa (Salanova, 2009b).

Los resultados del presente estudio realizado con los cuatro grupos sustentan la teoría que presentan Bakker et al. (2010) y Gil-Monte (2012) que señala que los ambientes saludables y la salud de los trabajadores son aspectos esenciales para la efectividad de las personas y el rendimiento en las organizaciones y que sugiere la necesidad de los trabajadores en identificarse con la organización y conocer si además de trabajar también interactúan en una organización saludable (Bakker y Leiter, 2010).

### **3. Comprobación de hipótesis**

Con respecto a los objetivos específicos, se describen las hipótesis de trabajo y los resultados obtenidos.

#### **3.1. Relación entre factores psicosociales, estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud, compromiso psicológico y categoría profesional**

**Objetivo específico número 3.** En relación a las variables de categoría profesional y sociodemográficas como: género, edad, tipo de servicio (especial u hospitalización), relación de empleo y la antigüedad, en las enfermeras y auxiliares de enfermería en activo y estudiantes en formación, identificar y comparar los niveles de cada una de las dimensiones del inventario de factores psicosociales, el uso de estilos de afrontamiento, el estrés asistencial, el estado general de salud y compromiso psicológico y determinar si existen diferencias.

**Hipótesis 1.** Hay diferencias en los niveles de cada una de los subfactores del cuestionario de factores psicosociales, en el uso de estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud y compromiso psicológico en el trabajo en los profesionales de enfermería en relación a la categoría (en activo y en formación).

### **3.1.1. Diferencias entre IFPOS y categoría profesional.**

**Subhipótesis 1.1.** Según la hipótesis 1, las dos categorías estudiadas (activo versus formación) deberían mostrar diferencias en las puntuaciones de factores psicosociales medidas con el IFPOS.

Los resultados señalan que existen diferencias en el factor 1 (Recursos profesionales y formación) en el subfactor competencias interpersonales. De ese modo, el grupo de enfermeras en formación presenta menor percepción de incomodidad en aspectos referentes a nivel individual (puntualidad, sinceridad, responsabilidad, positivo, sensatez, discreción, disponibilidad, innovador, colaborador, resolutivo), a nivel cognitivo (capacidad de aprender, analizar y de juicio crítico, capacidad de análisis y síntesis, repertorio amplio de pensamiento y acción), a nivel social (orientación al paciente/cliente, respeto de los derechos de los usuarios, respeto y valoración del trabajo de los demás, y sensibilidad a las necesidades de los

demás) y nivel conductual (el autocontrol de la conducta respecto aspectos relacionados con la gestión del tiempo, gestión del estrés, gestión del riesgo, la concentración y a la confianza en uno mismo), seguido de las enfermeras en activo y por auxiliares en activo. Por otro lado, las auxiliares de enfermería en formación es el grupo que tiene el nivel más alto de incomodidad.

En segundo lugar, el factor 2 (Demandas laborales organizacionales) muestra diferencias estadísticas significativas en el subfactor medio de transporte, siendo el grupo de profesionales que pertenecen a la categoría de auxiliares de enfermería “en activo” las que perciben un menor grado de incomodidad.

En tercer lugar, en el factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial) se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en los subfactores situaciones poco frecuentes; sobrecarga laboral y burocracia excesiva. En particular, los profesionales que pertenecen a la categoría de auxiliares de enfermería “en formación” perciben un menor grado de incomodidad con aspectos conocidos de su formación. Respecto a la sobrecarga laboral, los resultados muestran diferencias significativas entre el grupo de enfermeras y auxiliares en activo, siendo el grupo de enfermeras en activo el que más grado de incomodidad percibe en cuanto a la sobrecarga laboral, que aglutina aspectos como: presión temporal, ritmo de trabajo, sobrecarga mental, carencia de personal adecuado para cubrir la unidad, continuas interrupciones por compañeros o familiares, aumento de pacientes/clientes de culturas diferentes y dificultad del idioma. Por el contrario, las enfermeras en formación muestran niveles altos de incomodidad relacionados con aspectos no conocidos de su formación.

En cuarto lugar, en el factor 5 (Factores ambientales unidad asistencial) se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el subfactor organización poco saludable: fallos tecnológicos, espacio físico y contaminación acústica. De esa manera, el grupo de enfermeras

en activo muestra niveles altos de incomodidad en aspectos relacionados con prácticas poco saludables de la organización. Estos problemas se concretan en conflicto de tareas, falta de oportunidad de desarrollo de habilidades, la escasa participación en la toma de decisiones, recursos inadecuados, infrautilización de habilidades, rigidez en la aplicación de las normas o incongruencia organizacional. Las auxiliares de enfermería en formación muestran niveles altos de incomodidad en aspectos relacionados con la alteración del medio ambiente. Por último, el grupo de enfermeras y auxiliares en activo presentan menor tolerancia a la contaminación acústica. En cambio, los profesionales que pertenecen a la categoría de enfermería “en formación” perciben un menor grado de incomodidad en aspectos relacionados con la organización saludable.

En cuanto al factor 6 (Recursos laborales organización-trabajador) se aprecian diferencias significativas en los subfactores conciliación familiar-laboral y conducta prosocial. Hay diferencias en el subfactor de Conducta prosocial entre las categorías de enfermeras y de auxiliares. En concreto, sólo las profesionales que pertenecen a la categoría de enfermería “en formación” perciben un menor grado de incomodidad.

El grupo de enfermeras en activo, auxiliares en activo y auxiliares en formación muestran niveles similares de incomodidad en la conciliación familiar-laboral. Además, el grupo de enfermeras y auxiliares en activo presenta menos conducta prosocial que las estudiantes. Se trata de personas con menos cargas familiares, y que disponen de más tiempo para realizar actividades de tipo altruista.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos estudiados en el factor 3 (Aspectos psicológicos personales) y en el factor 7 (Recursos laborales positivos organización-trabajador).

### **3.1.2. Diferencias entre afrontamiento y categoría profesional.**

**Subhipótesis 1.2.** Según la hipótesis 1, las dos categorías estudiadas (activo versus formación) deberían mostrar diferencias en las puntuaciones de afrontamiento medidas con el CAE.

Los resultados apoyan parcialmente esta afirmación. Se aprecia que no hay diferencias entre las dos categorías (activo versus formación) y los dos grupos (enfermeras y auxiliares) en las puntuaciones de las siguientes estrategias de afrontamiento: Focalizado solución problema, Autofocalización negativa y Expresión emocional abierta. En cambio, sí se aprecian diferencias en Reevaluación positiva, Evitación, Búsqueda de apoyo social y Religión. Se comprueba que las profesionales que pertenecen a la categoría “en formación” hacen mayor uso de ciertas estrategias de afrontamiento centradas en emoción, como la Reevaluación positiva y Evitación, así como de un tipo de estrategias centradas en el problema, la Búsqueda de apoyo social. En cambio, la elección de la estrategia de afrontamiento de la Religión es más utilizada por los profesionales en activo.

Estos resultados indican que aunque las situaciones o vivencias de estrés son similares para cada una de las categorías, los profesionales “en formación” utilizan tanto estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como de solución de problemas. Lo mismo cabe decir de las profesionales en activo, sólo que en este caso hacen un mayor uso de estrategias de componente religioso y menor de reevaluación positiva, evitación y búsqueda de apoyo social.

Es más probable que un profesional “en formación” haga uso de estrategias centradas en la emoción, por la edad y por la inexperiencia, porque poseen menores estudios en formación, o porque tenga una menor capacidad crítica y reflexiva a la hora de analizar las situaciones en comparación a los profesionales “activos”.

En otro estudio llevado a cabo en una muestra de enfermeras japonesas, los resultados indican que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la aceptación, autodistracción y búsqueda de apoyo instrumental. En conjunto, la estrategia de evitación fue el predictor más importante de bienestar negativo, y las estrategias más utilizadas fueron la aceptación, autodistracción, búsqueda de apoyo instrumental y búsqueda de apoyo emocional (Yamashita, Saito y Takao, 2012). Estos datos coinciden con los aportados en un estudio portugués realizado con enfermeras (Da Fonte, Magalhaes y Da Mata, 2013).

En el mismo país, Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa y Nakagawa (2009) y en otra muestra de enfermeras, se encontraron resultados en parte distintos. La muestra estudiada reportó el uso frecuente de estrategias de resolución de problemas, reinterpretación cognitiva, búsqueda de apoyo emocional y expresión de la emoción.

Las estrategias de afrontamiento cambian en función del contexto cultural y geográfico. Así, en el caso iraní, Seyedfatemi, Tafreshi<sup>1</sup> y Hagani (2007), en una muestra de estudiantes de enfermería iraníes, informaron que la estrategia más utilizada fue la evitación seguida de la búsqueda de apoyo profesional. Las dos estrategias identificadas también aparecieron en otro estudio con enfermeras iraníes (Laal y Aliramaie, 2010) que comprobaron que las estrategias que demostraron un efecto positivo sobre el bienestar físico y mental fueron la búsqueda de apoyo social en la pareja, la actividad física, escuchar música y leer. Por su parte, Beh y Loo (2012), en una muestra de enfermeras malasias, señalan que la fuente moderadora que reduce el estrés es la búsqueda de apoyo social.

Van der Colff y Rothmann (2009), en una muestra de enfermeras sudafricanas, reportaron que las estrategias más utilizadas fueron búsqueda de apoyo emocional o social, la evitación, la religión, y expresión de las emociones.

Por último, con población española señalamos los estudios de Paris y Omar (2009), al analizar las respuestas de médicos y enfermeros por separado, evidenciaron que los médicos tienden a utilizar estrategias desadaptativas (automedicación, cinismo y evasión del problema a través del tabaco o del alcohol) con más frecuencia que los enfermeros. Si bien estos últimos utilizan también estrategias de centradas en la emoción, como el distanciamiento. Los datos sugieren que cuando los enfermeros tienen problemas en su trabajo, intentan resolverlos directamente mediante un afrontamiento activo, mientras que los médicos descargan su tensión hacia el personal o la somatizan (incluso recurriendo a conductas que afectan su salud, tales como automedicación, abuso de sustancias, etc.), tal vez porque tienden a evaluar las situaciones estresantes como inmodificables.

### **3.1.3. Diferencias entre estrés asistencial y categoría profesional.**

**Subhipótesis. 1.3.** Según la hipótesis 1, las dos categorías estudiadas (activo versus formación) deberían mostrar diferencias en las puntuaciones de estrés asistencial.

En tal sentido, se encontraron diferencias en *Cansancio emocional*, con mayores puntuaciones en el caso de enfermeras y auxiliares en activo frente a menores puntuaciones en enfermeras y auxiliares en formación. La puntuación de menor *Realización personal* se produce en los dos colectivos de enfermeras y auxiliares en activo frente a las mayores puntuaciones de los dos colectivos en formación.

Estos datos pueden contrastarse con los aportados por otros investigadores con la misma población. Así, Francés, Winsome, y McVeighe (2009), reportaron que los niveles de Cansancio emocional y la realización personal fueron moderados, mientras que el nivel de despersonalización evidenció un bajo nivel de estrés asistencial.

#### **3.1.4. Diferencias entre estado general de salud y categoría profesional.**

**Subhipótesis 1.4.** Según la hipótesis 1 planteada, las dos categorías estudiadas (activo versus formación) deberían mostrar diferencias en las puntuaciones en el estado general de salud.

Esta hipótesis no se confirma del todo, dado que se encuentran diferencias no en función de que el profesional esté en activo o en formación, sino que depende del tipo de colectivo (enfermeras versus auxiliares) en el caso de la puntuación general del GHQ y en la subescala Ansiedad/Insomnio: las auxiliares en activo o en formación puntúan más alto que las enfermeras en activo o en formación.

El estudio portugués de Da Fonte et al. (2013) confirma este dato encontrado en nuestro estudio, en su caso el 30,2% de los estudiantes percibían estar "tristes y deprimidos" y "constantemente bajo presión". Este porcentaje es similar al obtenido por Marín Sánchez et al. (2005), quien encontró un 25,6% de casos con puntuaciones altas en ansiedad e insomnio y síntomas somáticos.

#### **3.1.5. Diferencias entre compromiso psicológico categoría profesional.**

**Subhipótesis 1.5.** Según la hipótesis 1, las dos categorías estudiadas (activo versus formación) deberían mostrar diferencias en las puntuaciones en la UWES.

En último lugar, en cuanto a las dimensiones que configuran el Inventario de Compromiso Psicológico, se encontraron diferencias en los factores UWES General, Dedicación, Vigor y Absorción en donde puntúan más alto los dos colectivos en formación respecto a los dos colectivos en activo.

Existen escasos estudios similares que hayan comparado los dos colectivos (activo versus formación). A destacar el realizado por Spence, Wilk, Cho y Greco (2009) en el que

si bien no analiza en profundidad las diferencias entre los dos colectivos destaca un dato contrario al presente estudio: si bien el compromiso psicológico es un mecanismo importante por el que el empoderamiento afecta a la percepción de efectividad de las enfermeras en activo, esta relación se produce en menor medida en el colectivo de enfermeras en formación. Es posible entonces que la mayor puntuación en el grado de compromiso psicológico en este último colectivo se relacione con otras variables que aparecen descritas en nuestro estudio, en particular, las relaciones interpersonales que se obtienen a través de la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social. En tal sentido, los datos aportados por otros estudios confirman que la alta calidad de las relaciones interpersonales promueven el compromiso psicológico (Warshawsky, Havens y Kanaf, 2012). El compromiso psicológico en el trabajo y las relaciones interpersonales pueden facilitar el desarrollo de conductas laborales proactivas que mejoran el desempeño laboral en la organización.

### **3.1. Relación entre variables sociodemográficas, laborales y psicológicas**

### **3.2. Relación entre factores psicosociales y estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud y compromiso psicológico en el trabajo**

**Hipótesis 2.** Existen diferencias en los niveles de cada una de los subfactores del cuestionario de factores psicosociales (IFPO), en el uso de estrategias de afrontamiento, estrés asistencial, percepción del estado general de salud y compromiso psicológico laboral en los profesionales de enfermería en relación a la edad, antigüedad, sexo, turno, servicio y relación de empleo.

Esta hipótesis se confirma parcialmente. Según los análisis realizados se confirman diferencias significativas en función del tipo de relación de empleo, tipo de servicio y

categoría profesional. Por el contrario, no se confirman las diferencias hipotetizadas según el género de la muestra evaluada.

Estos hallazgos están en consonancia con la variabilidad de resultados de estudios acerca del estrés asistencial. Los datos obtenidos en esta investigación son apoyados con otros estudios en relación al género y al empleo (Lert, Chastang y Castano, 2001), respecto a la edad (Agudo, 2011; Yayli, Yaman y Yaman, 2003), en cuanto a la salud del trabajador (Richardsen et al., 2006; Schaufeli y Bakker, 2004).

Los resultados pueden explicarse por las diferencias de la muestra estudiada, diferencias culturales y diferencias del entorno laboral.

Las diferencias en IFPOS pueden ser debidas a las condiciones de cada categoría y sería interesante estudiarlo combinando factores personales y organizacionales para comprobar la vulnerabilidad del profesional para padecer estrés asistencial en cada ocupación.

### **3.3. Relación entre estrategias de afrontamiento, compromiso psicológico y estrés asistencial.**

**Objetivo específico número 4.** Identificar y analizar la relación que tienen las estrategias de afrontamiento sobre cada una de las subescalas del compromiso psicológico y del estrés asistencial e identificar la presencia de diferencias significativas entre los grupos de profesionales en activo y en formación.

### **3.3.1. Relación entre estrategias de afrontamiento y compromiso psicológico.**

**Hipótesis 3.** El uso de estrategias activas de afrontamiento de los profesionales de enfermería en (en activo y en formación) tiene efectos facilitadores en el compromiso psicológico.

Tras el análisis de los resultados de la presente investigación se confirma la relación entre estrategias de afrontamiento y el compromiso psicológico en el trabajo y sus dimensiones, pero de diferente manera e intensidad dependiendo del colectivo. En el caso particular del colectivo de enfermeras y auxiliares en activo se aprecia que el mayor nivel de compromiso psicológico, en tres de los cuatro indicadores medidos, compromiso general, vigor y dedicación, depende del mayor uso de estrategias centradas en el problema, en particular el indicador “Focalizado en la solución del problema” (FSP). Estos resultados coinciden con los obtenidos por Perea-Baena y Sánchez-Gil (2008) con profesionales de enfermería de salud mental en el que se analizó el grado de satisfacción laboral. Los resultados evidenciaron una correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas, como la resolución de problemas, y satisfacción laboral. También Sandín y Chorot (2003) destacan que una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por parte del colectivo de enfermeras es la Focalización en la solución de problemas.

Los planteamientos teóricos confirman que la presencia de estrés asistencial se deriva de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la evitación, que provocan la ausencia de compromiso psicológico en el trabajo (Baron y Kenny, 1986; Gil-Monte y Peiró, 1997).

En cambio, en el colectivo de enfermeras y auxiliares en formación en nuestro estudio se aprecia que el mayor nivel de compromiso psicológico, en los cuatro indicadores medidos, compromiso general, vigor, dedicación y absorción, depende del mayor uso de

estrategias centradas en la búsqueda de apoyo social. Esto subraya la importancia del uso de estrategias de afrontamiento activas relacionadas con la búsqueda de apoyo social de información o asesoramiento a compañeros y supervisores sobre el problema que está viviendo.

El apoyo social es una de las variables vinculadas al compromiso psicológico (House, 1981; Lisbona et al., 2009; Rodríguez Marín et al., 1995; Salanova y Schaufeli, 2009), y es una de las necesidades básicas en el contexto laboral que facilita el mantenimiento de relaciones sociales con los demás y por la satisfacción de pertenencia a un grupo (Salanova y Schaufeli, 2009).

En el caso de los dos colectivos de estudiantes analizados la búsqueda del apoyo social puede ser explicada por otros argumentos. Pensemos que la mayoría de los estudiantes no poseen aún competencias técnicas, es decir centradas en el problema, por lo que el apoyo mutuo y la búsqueda de consejo pueden encubrir estos déficits. Todavía las estudiantes no se han enfrentado a la toma de decisiones críticas basadas en el conocimiento contrastado, en la experiencia acumulada. Esto es distinto en el caso de los profesionales en activo que llevan varios años trabajando, que han adquirido experiencia clínica y han aplicado diferentes técnicas. Su trabajo descansa en una conducta más individual, menos necesitada del apoyo social.

Una estrategia entorpecedora del nivel de compromiso psicológico en el colectivo de profesionales en activo es la expresión emocional abierta. Se evidencia que el uso de estrategias de Expresión emocional abierta (EEA) reduce los niveles de Vigor, lo que significa que aquellas personas que tienen una menor capacidad crítica y reflexiva a la hora de analizar las situaciones, de aceptar con menor resignación la situación, por la imposibilidad de provocar cambios en ella, o que controlan menos las emociones, de forma

que la situación vivenciada no interfiera en otros aspectos de la vida, experimentan un decremento en su nivel de energía, de implicación y de motivación.

En conjunto, los datos obtenidos en nuestro estudio sugieren la importancia del afrontamiento cuando este es adaptativo, de acuerdo a las características de la situación y los recursos personales (Hernández-Mendoza et al., 2007; Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 2003).

Por tanto, de carácter general, las estrategias centradas en el problema son más efectivas y saludables que las centradas en la emoción. En concreto, la resolución plantificada de problemas constituye una estrategia de afrontamiento más adaptativa que la evitación-huida o el enfrentamiento directo (Lazarus, 1991). El uso de estrategias de afrontamiento activos potencia el uso de recursos personales protectores positivos y significativos facilitando el bienestar psicosocial, expresado a través del compromiso psicológico.

El uso estrategias adaptativas y funcionales orientadas al afrontamiento activo del problema favorecen la presencia de indicadores saludables laborales. Alarcón et al. (2011) consideran que las formas adaptativas del afrontamiento y la extinción de las formas desadaptativas posibilita que en los contextos laborales se facilite el compromiso psicológico laboral y se reduzca la posibilidad de desarrollar el estrés asistencial, aunque otros estudios no confirman que la ausencia de síntomas suponga un factor moderador para el desarrollo del estrés asistencial (Lasalvia et al., 2011). Ante situaciones laborales estresantes, la puesta en marcha de estilos de afrontamiento activos centrados en el problema y un compromiso psicológico laboral, disminuyen la probabilidad de desarrollar estrés asistencial y posibilitan la aparición de bienestar psicosocial en las áreas de desempeño laboral del profesional de enfermería.

### **3.3.2. Relación entre compromiso psicológico y estrés asistencial.**

**Hipótesis 4.** El nivel de compromiso por parte de los profesionales de enfermería, tanto en activo como en formación, tiene efectos inhibidores del estrés asistencial.

Se encontraron correlaciones significativas entre la variable de estrés asistencial y el compromiso psicológico en el trabajo y sus dimensiones dependiendo del tipo de colectivo. En el caso de las enfermeras y auxiliares en activo se aprecia que las personas que presentan mayores niveles de cansancio emocional y menor de nivel de realización personal presentaron un menor nivel de compromiso general, vigor, dedicación y absorción. En cambio, en los dos colectivos en formación la única variable que predijo un menor nivel de compromiso psicológico, es decir, menor nivel de compromiso general, vigor y dedicación, fue el mayor grado de cansancio emocional.

Si analizamos separadamente las dos variables que perjudican los diferentes indicadores del nivel de compromiso psicológico en el caso del Cansancio emocional (CE), este se deriva de situaciones de sobrecarga, se percibe como la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. Está relacionada de manera general con las exigencias excesivas que provienen de la formación en tareas laborales (Maslach, 1982). Esto subraya la importancia de la ilusión, los valores, las expectativas, la predisposición a invertir en esfuerzos, en ocasiones menoscabada por el desequilibrio de las demandas y recursos laborales, y los recursos personales.

Respecto a la Realización personal (RP) surge cuando se verifica que las demandas exceden la capacidad para atenderlas de forma competente. Los resultados de nuestro estudio coinciden con los presentados por Van Der Colff y Rothmann (2014) con una muestra de personal de enfermería sudafricana que evidenciaron que el cansancio emocional estaba

fuertemente relacionado con la despersonalización y moderadamente en relación con el apoyo organizativo, solicitudes de empleo, y el enfoque de expresión de las emociones. De igual manera, en nuestro caso es probable que los bajos niveles de realización personal produzcan un bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima, asociada a sentimientos de fracaso personal. Esto sugiere la importancia de la labor asistencial de los profesionales en activo en el desempeño laboral, y la búsqueda del equilibrio de las demandas laborales y demandas personales que puede contribuir a la mejora de los niveles del compromiso psicológico en el trabajo.

La evidencia derivada de los datos sugiere que el profesional de enfermería siente y piensa que es competente y cree en sus propias capacidades; aquellos que tienen un alto compromiso psicológico en el trabajo se implican en la actividad laboral, tienen una mayor concentración y mayor resistencia a los cambios y adversidades, además de altos niveles de disfrute en su desempeño laboral (Schaufeli et al., 2002b).

Estos resultados se explican a partir de la teoría central del compromiso psicológico. Desde un punto de vista teórico, la relación entre el estrés asistencial y compromiso psicológico ha sido conceptualizado bajo dos perspectivas (Bakker et al., 2012; Demerouti et al., 2010). Se puede concluir que aquellos profesionales de enfermería con mayores niveles de cansancio emocional y mayor falta de sentimiento de realización en el trabajo experimentan un menor compromiso psicológico general. Concretamente, esta exposición apoya el planteamiento que considera el compromiso psicológico como un concepto contrario pero no excluyente de los estados de estrés ocupacionales, en especial del estrés asistencial, ya que corrobora que la presencia de uno no necesariamente significa la ausencia del otro (Schaufeli y Bakker, 2004; Shimazu y Schaufeli, 2009). Las respuestas de estrés se pueden producir por la presencia de altos de grados de incomodidad de factores psicosociales

intralaborales, pero no implican ausencia de compromiso, satisfacción, dedicación ni entrega en el trabajo. Por el contrario, los resultados de esta investigación discrepa de otros marcos teóricos que consideran el estrés asistencial y el compromiso psicológico en el trabajo de dos conceptos diferentes que deben de tener acceso de forma independiente (Schaufeli y Bakker, 2003). Así, los trabajadores experimentan el compromiso psicológico y el estrés asistencial como dos estados psicológicos opuestos, uno con características negativas y el otro positivas (Salanova et al., 2000). Esto es, alguien que no está experimentando estrés asistencial, debe estar experimentando compromiso psicológico (Maslach y Leiter, 1997; 2008).

Todo lo expuesto revela que en el diseño de futuras medidas de intervención deberían orientarse a paliar potenciales carencias en el alumnado, enfatizando especialmente el desarrollo de habilidades para un adecuado manejo de situaciones estresantes, formando al estudiante en la aplicación de estrategias activas que le permitan reducir el impacto de las emociones negativas, por ejemplo, potenciando las fortalezas, llevando a cabo técnicas de relajación, recurriendo al apoyo social o generando diferentes perspectivas para abordar o entender los problemas diarios. Las intervenciones psicosociales positivas para favorecer el compromiso psicológico con la actividad académica y disminuir el estrés percibido por los estudiantes deben tener una vertiente de carácter institucional, apoyo que resulta esencial para ofrecer al estudiante los recursos personales imprescindibles que le permitan hacer frente a las exigentes demandas durante su formación profesional, como lo plantea Muñoz (2004), citado por Extremera y Durán (2007).

#### **4. Limitaciones metodológicas del estudio**

En primer lugar, cabe señalar que entre las principales limitaciones del presente estudio están:

a. Las limitaciones propias de un estudio transversal, que impide determinar relaciones causales de los fenómenos estudiados. Solamente un estudio longitudinal podría dar respuesta a la dirección de la relación entre estas y otras variables.

b. Las relativas a la selección y el tamaño muestral. El tipo de muestreo no obedece a criterios aleatorios sino a la voluntariedad de los participantes, por lo que no es posible una generalización a partir de estos resultados; así pues, es indispensable efectuar un mayor número de investigaciones e impulsar la participación de los trabajadores de enfermería (en activo y en formación) a fin de verificar los resultados obtenidos.

c. Todas las personas pertenecen a dos hospitales, por lo que en el futuro, estudios realizados con una muestra mayor y procedentes de diferentes centros, permitiría una mayor generalización de los resultados.

d. En relación a los instrumentos utilizados, el hecho de que todos sean autoinformados plantea el riesgo de sesgo del método común.

e. Aunque la utilización de las regresiones lineales ha permitido obtener datos sobre las relaciones entre las variables estudiadas, se podría mejorar la investigación a través de la realización de un modelo de ecuaciones estructurales. Con esta metodología se pueden establecer interrelaciones entre el conjunto de variables que conforma el modelo.

Finalmente, en base a los resultados y tomando en consideración las limitaciones del presente estudio, los resultados de esta investigación realizado desde la perspectiva de la Psicología Positiva, debe animarnos a continuar en el estudio de factores que inciden en el bienestar psicosocial, y en el desarrollo de intervenciones psicosociales positivas efectivas en el ámbito organizacional de la salud.

## **CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES**



## **1. Conclusiones del estudio**

A continuación se exponen las principales conclusiones de la presente Tesis Doctoral que se derivan de los resultados obtenidos en la muestra objeto de estudio.

1. Se ha desarrollado un cuestionario de factores psicosociales fiable y válido que permite evaluar el grado de incomodidad que percibe el profesional de enfermería, en organizaciones del ámbito de la salud. El análisis describe el perfil psicosocial del trabajador sano que percibe trabajar en una organización saludable. Permite conocer los factores psicosociales protectores y los recursos personales positivos a nivel individual del trabajador. La evaluación de la información recibida por los profesionales y grupos participantes puede servir de base para diseñar “a la carta” futuras líneas de intervención psicosocial positiva.
2. Se constata niveles moderadamente bajos en las variables laborales y extralaborales analizadas. En conjunto los profesionales en activo y los estudiantes de formación mostró una mayor sensibilidad hacia los factores laborales que a los extralaborales. En particular, perciben la importancia de los recursos laborales que presenta la organización hacia el trabajador. También valoraron como muy importantes las demandas laborales de la unidad asistencial y los factores ambientales de la unidad asistencial.
3. Los estilos de afrontamiento predominantes en el colectivo estudiado fueron las estrategias de afrontamiento activas en las que destacan las estrategias de afrontamiento de focalización de solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

No obstante, se aprecia diferencias entre los dos colectivos en activo y en formación en el sentido de que las estudiantes en formación hacen mayor uso de estrategias centradas en la emoción como reevaluación positiva y evitación. Es probable que el mayor uso de estrategias centradas en la emoción por parte de las estudiantes se relacione con su inexperiencia, con menor capacidad crítica y reflexiva.

4. Respecto al nivel del estado de bienestar físico y psicológico la muestra en su conjunto presentó niveles más altos de puntuaciones en depresión, ansiedad e insomnio, y síntomas somáticos. No obstante, no se encuentran diferencias entre el colectivo en activo *versus* en formación y si en cambio se aprecia diferencias entre el colectivo de auxiliares (en activo y en formación) frente al colectivo de enfermeras (en activo y en formación). El colectivo de auxiliares fue más proclive a presentar quejas de ansiedad e insomnio. Esto señala que este colectivo es más vulnerable en determinados indicadores psicopatológicos.
5. En relación con el nivel de compromiso psicológico la muestra en su conjunto presentó niveles moderados en las puntuaciones de Vigor y de Dedicación. Comparativamente el colectivo de auxiliares y enfermeras en formación presentó puntuaciones más altas que el de enfermeras en activo y en formación. El mayor nivel de compromiso psicológico en el colectivo en formación parece relacionarse con el efecto positivo moderador del uso de la estrategia de búsqueda de apoyo social.
6. A la hora de valorar por parte de los profesionales las características que debe reunir una organización saludable estos concedieron especial importancia a la fortaleza competitiva de la empresa, seguido de la igualdad entre trabajadores y de la no discriminación, y en tercer lugar la seguridad y estabilidad en el empleo.

7. A nivel comparativo las auxiliares y enfermeras en activo y frente a las auxiliares y enfermeras en formación valoraron de diferente manera la importancia de ciertos factores laborales y extralaborales.

El grupo de profesionales en activo perciben mayor grado de incomodidad a la hora de valorar los recursos profesionales, las *demandas laborales organizacional y extralaboral* que aglutina aspectos relacionados con el estrés general personal y laboral, como la inseguridad contractual, situaciones amenazantes, carencias interpersonales; las *demandas laborales propias de la unidad asistencial* relacionadas con situaciones poco frecuentes, la sobrecarga laboral, los valores y las creencias, la relación con el cliente/usuario, la acogida al cliente/usuario y la burocracia excesiva; *factores ambientales de la unidad asistencial* como fallos tecnológicos, la exposición a riesgos laborales, espacio físico y la contaminación acústica, y los *recursos laborales de la organización-trabajador* relacionados con las buenas conductas saludables organizacionales, como la promoción y desarrollo profesional, conciliación familia-trabajo, conducta prosocial y recursos laborales positivos.

8. El nivel de compromiso psicológico obtenido dependió de variables distintas según el colectivo. Mientras en los dos grupos en activo el grado de compromiso estuvo relacionado con estrategias activas focalizadas en la solución de problemas, en los dos colectivos en formación la misma variable estuvo relacionada con la búsqueda de apoyo social. Tal evidencia demuestra el carácter dinámico y cambiante de las estrategias de afrontamiento en función del momento y del contexto. Es más probable que las personas que tienen menor nivel de práctica recurran más a estrategias de apoyo interpersonal frente a personas con una dilatada experiencia mas preocupadas

por perfeccionar estrategias técnicas, adquirir nueva información, contrastar el conocimiento.

9. El compromiso psicológico se ve afectado de forma importante por el nivel de cansancio emocional y de realización, especialmente en el colectivo de profesionales en activo. Es posible que el mayor nivel de cansancio emocional se derive de situaciones de sobrecarga, de percepción de exigencias excesivas, y de desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos laborales y personales. También el menor grado de compromiso psicológico en el colectivo de trabajadoras parece que tiene que ver con un nivel menor de realización personal, posiblemente relacionado con sentimiento de baja autoestima, de fracaso personal, alejamiento de los valores, creencias y de sentido que tiene el trabajo para el profesional.

## **2. Implicaciones prácticas**

Finalmente, tomando en consideración las aportaciones y limitaciones del presente estudio, abogamos por el desarrollo de programas de intervención psicosocial positiva de carácter individual y organizacional para mejorar el bienestar psicosocial desde la perspectiva de la Psicología Positiva, como puede ser el capital psicológico positivo y el compromiso psicológico.

Por una parte, a nivel individual, se considera que el desarrollo de programas de formación y reciclaje continuos de carácter preventivo facilitará la adquisición de estrategias de afrontamiento positivas potenciadoras del bienestar psicosocial y protectoras del estrés asistencial. Además, es necesario que se lleven a cabo programas de formación sobre el estrés asistencial, el compromiso psicológico, características del capital psicológico en los

programas de formación profesional, que permita identificar los recursos personales positivos y sus consecuencias.

El fomento de los estilos de afrontamiento dirigidos al problema puede llevarse a cabo mediante intervenciones psicosociales positivas para potenciar los recursos personales, como los estilos de afrontamiento proactivo, a través del incentivo de las fortalezas personales de los profesionales que conforman las unidades asistenciales, que son elementos protectores del estrés asistencial. Otras variables psicológicas que se deberían promover son las relacionadas con el crecimiento personal, la transmisión de la sensación de coherencia de la propia vida laboral y el compromiso psicológico en el trabajo y la profesionalidad como valor en sí misma.

Por otra parte, a nivel organizacional, se propone otro tipo de líneas de investigación que consiste en trabajar sobre el beneficio de las prácticas organizacionales saludables como la conciliación trabajo-familia, desarrollo de habilidades, salud psicosocial, comunicación y responsabilidad social empresarial, la implementación del *recovery* o del *jobcrafting*, pueden repercutir positivamente en el bienestar psicosocial de los profesionales que integran la organización.



## **PARTE IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acosta, H., Salanova, M. y Llorens, S. (2012). How organizational practices predict team work engagement: The role of organizational trust. *Ciencia y Trabajo*, 41, 125-134.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2010). Promoción de la salud en el trabajo para los trabajadores. Bilbao. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. <http://osha.europea.eu/es/publications/factsheets/94>
- Agudo, M. (2011). *Burnout y Engagement en profesores de primaria y secundaria*. Jornades de Foment de la Investigació. <http://www.uji.es>
- Aiken, L. H., Douglas, M. y Sloane, D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Alarcon, G., Edwards, J. y Menke, L. (2011). Student burnout and engagement: a test of the conservation of resources theory. *Journal of Psychology*, 145(3), 211-227.
- Alarcon, G. M. y Lyons, J. B. (2011). The Relationship of Engagement and Job Satisfaction in Working Samples. *Journal of Psychology*, 145(5), 463-480. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2011.584083>
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española Salud Pública*, 78, 505-516.
- Ali Chughtai, A. y Buckley, F. (2008). “Work Engagement and its Relationship with State and Trait Trust: A Conceptual Analysis”. *Institute of Behavioral and Applied Management*, 10(1), 47-71.
- Almedom, A. M. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12(2), 127-143.

- Alvarez, E. y Fernández, I. (1991). El síndrome de “burnout” o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 257-265.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, D. G. (2001). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24, 839-848.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-8.
- Antonovsky, A. (1998). Factores saludables en el trabajo el sentido de coherencia. En Kalimo R., Batawi M. y Cooper (Comp.). *Los factores psicosociales en el trabajo*. Ginebra.
- Appley, M. H. y Trumbull, R. (1986). *Dynamics of stress*. New York: Plenum Press.
- Aragón, M. B., Morazán, D. y Pérez, R. (2008). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello". *Universitas*, 2(2), 33-38. [http://www.unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2\\_nro2/arto6.pdf](http://www.unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2_nro2/arto6.pdf).
- Aranda, C. y Pando, M. (2007). Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Revista Médica de Uruguay*, 2(4), 251-259.
- Arenas Ortiz, F. y Andrade Jaramillo, V. (2013). Factores de Riesgo Psicosocial y Compromiso (Engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la Ciudad de Cali, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 43-56.

- Arrarás, J. I., Wright., S. J., Jusue, G., Tejedor, M. y Calvo, J. I. (2002). Coping Style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cáncer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 181-187.
- Arrogante, O. (2014). *Estudio del Bienestar en Personal Santiario: Relaciones con Resiliencia, Aposo Social, Estrés Laboral y Afrontamiento*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología de la Personalidad. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Artazcoz, L. (2001). Factores de riesgo psicosocial y carga mental: ¿estamos midiendo lo mismo o son conceptos diferentes? *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4(3), 91-92.
- Astudillo, P. R., Alarcón, A. M. y Lema, M. L. (2009). Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. *Ciencia y Enfermería XV*(3), 111-122.
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M. y Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 17-28. <http://dx.doi:10.1037/a0016998>
- Avía, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid. Alianza.
- Ávila, J., Gómez, L. y Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(12), 39-52.
- Azanza, G., Domínguez, A. J., Moriano, J. A. y Molero, F. J. (2014). Capital psicológico positivo. Validación del Cuestionario PCQ en España. *Anales de Psicología*, 30(1), 294-301. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.153631>

- Badger, J. M. (2008). Critical Care Nurse Intern Program: addressing psychological reactions related to critical care nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31, 184-187.
- Badía, X. y Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*, (3ª ed.). Barcelona. Edimac.
- Bakker, A. B. Killmer, C. H. Siegrist, J. y Schaufeli, W. B. (2000). Effortreward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.
- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 265-269. <http://dx.doi: 10.1177/0963721411414534>
- Bakker, A. B. (2014). Daily Fluctuations in Work Engagement: An Overview and Current Directions. *European Psychologist*, 19(4), 227-36.
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L. y Leiter, M. P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 4-28. <http://dx.doi: 10.1080/1359432x.2010.485352>
- Bakker, A. B. y Bal, P. M. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 83,189-206. doi: 10.1348/096317909X402596
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2007). The job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13, 209-223.
- Bakker, A. B. y Demerouti, A. (2014). Job Demands–Resources Theory. *Work and Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference Guide*, III. Edited by Peter Y. Chen and Cary L. Cooper. <http://dx.doi: 10.1002/9781118539415.wbwell019>

- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E. y Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341–356.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. y Schaufeli, W. B. (2005b). Crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58, 661– 689.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. y Verbeke, W. (2004). Using the Job Demands–Resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83–104.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. y Xanthopolou, D. (2011). ¿Cómo los Empleados Mantienen su Engagement en el Trabajo? *Ciencia y Trabajo*, 41. <http://www.cienciaytrabajo.cl>
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E. y Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284. <http://dx.doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274>
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M. y Schaufeli, W. B. (2005a). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-87.
- Bakker, A. B. y Leiter, M. P. (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Nueva York. Psychology Press.
- Bakker, A. B., Oerlemans, W. G. M. y Ten Brummelhuis, L. L. (2013). Becoming fully engaged in the workplace: what individuals and organizations can do to foster work engagement. In R.J. Burke & C.L. Cooper (Eds.), *The fulfilling workplace: the organization's role in achieving individual and organizational health* (pp. 55-70).
- Bakker, A. B., Rodríguez-Muñoz, A. y Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional Positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Bakker A. B., Schaufeli W., Leiter M. y Taris T. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology, *Work and Stress*, 22(3), 187-200.

- Bakker, A. B., Van Veldhoven, M. J. y Xanthopoulou, D. (2010c). Beyond the Demand-Control model: Thriving on high job demands and resources. *Journal of Personnel Psychology*, 9, 3-16. <http://dx.doi.org/10.1027/1866-5888/a000006>
- Bakker, A. B. y Xanthopoulou, D. (2009). The crossover of daily work engagement: Test of an actor-partner interdependence model. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1562–1571.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bargagliotti, A. L. (2012). Work engagement in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1414-1428. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05859>
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beckers, D. G., van der Linden, D., Smulders, P. G. W., Kompier, M. A. J., van Veldhoven, M. J. y van Yperen, N. W. (2004). Working overtime hours: Relations with fatigue, work motivation, and the quality of work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 1282–1289.
- Beh, L. S. y Loo, L.H. (2012). Job Stress and Coping Mechanisms among Nursing Staff in Public Health Services. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(7).
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martinez, J. M., Jarque, S. y Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16, 222-229.

- Berg, J. M., Wrzesniewski A. y Dutton, J. E. (2010). Perceiving and responding challenges in job crafting at different ranks: When proactivity requires adaptivity. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 158-186.
- Bernaldo, M. y Labrador, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Bernard, C. (1878). Les phenomenes de la vie. Librairie J. B. Bailliere et fils, Paris, 1, 879-893.
- Bernardo, M. y Canalda, G. (1989). Estrés hoy. *Medicina Clinica*. 94, 135-136.
- Berrío G. N. y Mazo, Z. R. (2011). Estrés Académico. *Revista Psicológica Universidad de Antioquia*, 3(2), 65-82.
- Blanch, J. M., Sahagún, M. A., Cantera, L. y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 26(2), 157-170.
- Blanch, J. M., Sahagún, M. y Cervantes, G. (2010). “Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo Factor Structure of Working Conditions Questionnaire, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189.
- Blase, J. J. (1982). A social-psychological grounded theory of teacher stress and burnout. *Educational Administration Quarterly*, 18, 93-113. <http://dx.doi:10.1177/0013161X82018004008>
- Block, J. y Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.

- Boada i Grau, J., Agulló E. y De Diego, R. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.
- Boemstembauer, J. y Baum, B. (1984). Burnout: definitions and health care management. *Social Work in Health Care*, 10(1), 97-109.
- Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo*. Buenos Aires. Ediciones Zorzal.
- Bravo, L. (2013). Predictores de engagement académico en estudiantes de Odontología. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), 86-95.
- Bresó, E. y Gracia, E. (2007). Bienestar psicológico en profesionales y estudiantes universitarios. Un estudio comparativo desde la Psicología Organizacional Positiva. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 17(1), 23-38.
- Broom, D. M. (1996). Animal welfare defined in terms of attempts to cope with the environment. *Acta Agriculture Scandinavica Section A-Animal Science*, 27, 22-28.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. y Woolston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Buckingham, M. y Coffman, C. (1999). *First Break All the Rules: What the Greatest Managers Do Differently*, p. 26.
- Buendia J. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. *Estrés Laboral y Salud*, (4), 79-117.
- Burke, R. J. (1998). Work and non-work stressors and well-being among police officers: The role of coping. *Anxiety, Stress and Coping*, 10, 1-18.
- Burke, R. J. y Cooper, C. L. (2006). The new world of work and organizations: implications for human resource management. *Human Resource Management Review*, 16(2), 83-85.

- Burke, R. J. y Greenglass, E. R. (1995). Job Stressors. Type A Behavior, Coping Responses, and Psychological Burnout Among Teachers. *International Journal of Stress Management*, 2, 145-149.
- Caballero, C. C., Abelló, R. y Palacio, J. (2007). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción con los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2(2), 98-111.
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313 – 317.
- Calderon, C. y Gustems, C. (2013). *Afrontamiento Proactivo y Bienestar Psicológico en estudiantes de Maestro en la Universidad de Barcelona*. Simposio Internacional, 21-22 noviembre.
- Camacho, A, Juárez, A. y Arias F. (2010). Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Médicos Estudiantes. *Revista Ciencia y Trabajo*, 12(35), 251-256.
- Camberlain, K. y Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, 81, 469-481.
- Campanario, R., Rey M. Y., Ortega, A. y Cárdeno, M. R. (2011). Situaciones estresantes para el personal de enfermería en observación del hospital universitario Virgen del Rocío. n° 17. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina4.html>
- Cannon, W.B. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology*, 33, 356-372.
- Cannon, W. B. (1935). Stressors and strains of homeostasis. *American Journal Medical Science*, 189, 1-12.
- Cao, X., Chen, L., Tian, L., Diao, Y. y Hu, X. (2015). Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: the mediator role of

- organisational commitment. *Journal of Clinical Nursing*, <http://dx.doi:10.1111/jocn.12915>.
- Carlsen, A. (2008). Positive dramas: Enacting self-adventures in organizations. *Journal of Positive Psychology*, 3, 5-75.
- Carmeli, A., Ben-Hador, B., Waldman, D. A. y Rupp, D. E. (2009). How leaders cultivate social capital and nurture employee vigor: Implications for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1553-1561.
- Carnicer, J. y Calderón, J. (2012). *Afrontamiento proactivo y bienestar psicológico en estudiantes de maestro en la Universidad de Barcelona*. Programa de Investigación en Docencia Universitaria (REDICE) de la Universitat de Barcelona (UB), convocatoria 2010-12, y con el de A.R.C.E. 2011.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, A. M., de la Corte, C.M. y León, J. M. (2010). Engagement: Un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista Digital de Prevención*, 1.
- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodríguez Alzamora, L. (2003). “Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH”. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Casas, J., Repullo J. R. y Lorenzo S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 237-46.

- Ceslowitz, S. B. (1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.
- Chacón, R. M. y Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos en Cuba. *Revista Cubana de Oncología*, 13(2), 118-125.
- Charria, V.H., Sarsosa, K. y Arenas, F. (2011). Factores de riesgo psicosocial laboral: métodos e instrumentos de evaluación. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(4), 380-391.
- Chaudhary, R., Rangnekar, S. y Barua, M. (2011). Relation between human resource development climate and employee engagement: Results from India. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 664-685. <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v7i4.158>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praege.
- Chic Palacín, S. (1996). *Aspectos Inmunobiológicos del Estrés Laboral*. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco. Departamento de Biología Celular y Ciencias Morfológicas.
- Christian, M. S. y Slaughter, J. E. (2007). *Work engagement: A meta-analytic review and directions for research in an emerging area*. Paper presented at the sixty-seventh annual meeting of the Academy of Management, Philadelphia, PA.
- Chrousos, GT. P. y Gold P. W. (1992). The Concepts of Stress and Stress System Disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *Journal of the American Medical Association*, 267(9), 1244-1252.
- Cifré, E. y Salanova, M. (2004). Estrategias de conciliación familia/trabajo: Buscando la calidad de vida. *Estudios Financieros*, 259, 11-154.

- Clausen, T., Nielsen, K., Gomes Carneiro, I. y Borg, V. (2012). Job demands, job resources and long-term sickness absence in the Danish eldercare services: A prospective analysis of register-based outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 127–136.
- Clegg, A. (2001). Occupational stress in Nursing: A review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9, 101–106.
- Cockerhman, W. C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Norton.
- Cohen, S. y Janicki-Deverts, D. (2009). Can we our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, 4(10), 375-378.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kessler, C. y Gordon, L. (1997). *Measuring Stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press, New York.
- Collados, S. J. y García, C. M. (2012). Riesgo de Estrés en Estudiantes de Enfermería durante las Prácticas Clínicas. *Revista Científica de Enfermería*, (4), 1-10.
- Colligan, T. W. y Higgins, E. M. (2005). Workplace stress: etiology and consequences. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21(2): 89-97.
- Confederación de Empresarios de Málaga - CEM (2013). Guía de prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo.
- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A. y Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 13–26.
- Contreras, P., Palacio, E., Caballero, C.E., González, O. y Gravini, K. (2012). Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(2), 535-544.

- Contreras, T. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 29-44.
- Cooper, C. L. (1998). *Theories of organizational stress*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Cooper, C. L. y Payne, R. (1988). *Causes, Coping, Consequences of Stress At Work*. Nueva York: Wiley.
- Cruz V. y Vargas, J. (2006). *Manifestaciones físicas y riesgo psicosocial que presentan las enfermeras en el hospital de San José de Sogamoso*. Biblioteca Lascasas: Fundación Index. <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>.
- Cruz Valdes, B., Austria-Corrales, F., Herrera- Kiengelher, L., Vázquez-García, J. C., Zaira Vega Valero, C. y Salas-Hernández, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Revista de Neumología y Cirugía de Tórax*, 69(3). <http://www.medigraphic.com/neumologia>
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety: Experiencing Flow in Work and Play*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Academic Press.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). *Fluir (flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona. Kairós.
- Cowden, T., Cummings, G. y Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses’ intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19, 461-477.

- Cummings, G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M. y Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 47, 363-385. <http://dx.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Da Fonte, S., Magalhaes, M. y Da Mata, E. (2013). Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6):1282-1289. <http://dx.doi: 10.1590/0104-1169.2742.2365>
- Dakof, G. A. y Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80-89.
- Dalmadu, I. (2008). *Evaluación de la carga mental en tareas de control: técnicas subjetivas y medidas de exigencia*. Tesis doctoral. Universidad Politecnica de Cataluña. <http://www.tesisenxrxn.net/TDX-0214108-115610/>
- Daniels, K. (2004). Perceived risk from occupational stress: a survey of 15 European countries. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 467-470.
- Danielson, A. M., Matheson, K. y Anisman, H. (2011). Cytokine levels at a single time point following a reminder stimulus among women in abusive dating relationships: relationships to emotional states. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 40-50.
- Day, T. A. (2005). Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 1195-1200.
- Daza, F.M., (1992). *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268. [http://dx.doi: 10.1207/S15327965PLI1104\\_01](http://dx.doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01)

- De Arquer, I. (1997). NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Barcelona.
- De Pablo, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*, 25, 60-65.
- DeLongis, A. y Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1633-1656. [http://dx.doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x)
- De Rivera, L. (2010). *Los síndromes de estrés*. Editorial Síntesis: Madrid.
- Demerouti, E. y Bakker, A. B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.4102/sajip.v37i2.974>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. B. (2001a). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 119-136.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., de Jonge, J., Janssen, P. P. y Schaufeli, W. M. (2001b). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 27(4), 279-286.
- Demerouti, E., Van Eeuwijk, E., Snelder, M. y Wild, U. (2011). Assessing the effects of "personal effectiveness" training on psychological capital, assertiveness and self-awareness using self-other agreement. *Career Development International*, 16, 60-81. [http://dx.doi: 10.1108/13620431111107810](http://dx.doi.org/10.1108/13620431111107810)
- Dewe, P. J. y Guest, D. E. (1990). 'Methods of coping with stress at work: A conceptual analysis and empirical study of measurement issues. *Journal of Organizational Behavior*, 11, 135-150.

- Diez, M. y Dolan, S. (2008). “Burnout vs. vigor profesional: Análisis configuracional de las características sociolaborales e individuales protectoras en médicos catalanes”. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 72(2), 169-185.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. Wiley. New York.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.
- Dunham, J. (2001). *Stress in the workplace: Past, present and future*. London: Whurr.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Durán, A., Extremera, N. y Rey, L. (2004). Engagement and Burnout: Analysing their association patterns. *Psychological Reports*, 94, 1048-1050.
- Edelwich J. y Brodsky, A. (1980). *Burn-out. Stages of disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.
- Embriaco, N., Papazian, L., kentish-Barnes, N., Pochard, F. y Azoulay, E. (2007). Burnout síndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*, 13, 482-488.
- Engel, G. (1962). *Psychological Development on Health and Disease*. Philadelphia, Saunders.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky’s sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health*, 59, 460-466.
- Escribà Mas, R. y Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*, 2(4), 159-167.

- Escribá, V., Mas, R., Cárdenas, M., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico, impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista Rol de Enfermería*, 23, 26-31.
- Escribà-Agüir, V. (2005). Ambiente psicosocial y salud de los trabajadores. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 9(1), 6-9.
- Escriba-Agüir, V., Artacoz, L. y Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308.
- Evans, B. K. y Fischer, D. G. (1993). The nature of burnout: A study of the three-factor model of burnout in human service and non-human service samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 29 - 38.
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.
- Ewbank, R. (1985). Behavioural responses to stress in faro animals. Animal Stress. *American Physiology Society*. Waverley Press. Bethesda, M. D., 71-80.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2007a). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2007b). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1069-1079.
- Farber, B. (1983). Introduction: A clinical perspectiva on Burnout. En: Farber, B. (Eds.), (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions* (2nd ed., pp. 1-20). Oxford: Pergamon Press.

- Farber, B. (1991). *Crisis in education: Stress and Burnout in the American teacher*. San Francisco: Jossey Bass.
- Farber, E. W., Bhaju, J., Campos, P. E., Hodari, K. E., Motley, V. J., Dennany, B. E. y Sharma, S. M. (2010). Psychological well-being in persons receiving HIV-related mental health services: The role of personal meaning in a stress and coping model. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 73-79. <http://dx.doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.09.011>
- Fasoli, D. R. (2010). The culture of nursing engagement: a historical perspective. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 18-29. <http://dx.doi:10.1097/NAQ.0b013e3181c95e7a>
- Fernández Canti, G. (1992). *Satisfacción laboral y malestar psíquico entre trabajadores de un hospital general*. Zaragoza. Ed. Privada.
- Fernández, C. y Yañez, R. (2014). Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*, XX (3), 131-140.
- Fernández, J., Siegrist, J., Rödel, A. y Hernandez, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31(8), 1-10.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fernando, P. J. y Lorenzo, U. (1998). Análisis Factorial. En Pinsach, J. R. (Coordinador). *Tratamiento informatizado de datos* (pp. 101-125). Barcelona: Masson.
- Ferrer, R., Guílera, G. y Però M. (2011). *Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales (FPSICO)*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid

- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C. y Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614–2624. <http://dx.doi:10.1111/jocn.12084>
- Fidalgo, M. (2008). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP:704.  
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701\\_a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701_a750/ntp_704.pdf)
- Fitch, M. L., Bakker, D. y Conlon, M. (1999). Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 9(4):151-64.
- Fischer, J., Kumar, S. y Hatcher, S. (2007). What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australas Psychiatry*, 15(5), 417-21.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3-14.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1986). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Francés. L., Winsome, J. y McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17, 294–301.

- Fredrickson B. y Dutton, J. (2008). Unpacking positive organizing: Organizations as sites of individual and group flourishing. *Journal of Positive Psychology*, 3, 1-3.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York, NY: Crown
- Freudenberger, H. J. (1974). The Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. y Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Anchor Press.
- Fried, Y. y Ferris, G. R. (1987). The validity of the job characteristics model: A review and meta-analysis. *Personnel Psychology*, 40, 287-322.
- Frierkson, B. L. (2002). Positive Emotions. En J. C. Quick y L. E. Tetrick, (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 19-33). Washington. DC: American Psychological Association.
- Fritzsche, B. A. y Parrish, T. J. (2005). Theories and research on job satisfaction. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 180-202). Hoboken, NJ: Wiley.
- Fröjd, C. y Von Essen, L. (2006). Is doctors' ability to identify cancer patients' worry and wish for information related to doctors' self-efficacy with regard to communicating about difficult matters? *European Journal of Cancer Care*, 15, 371-378.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *Manual: Escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Furnham, A. (2005). *The psychology of behaviour at work: The individual in the organization*. Psychology Press.
- García, M., Castellón, M., Albadalejo, B. y García, L. (1993). Relaciones entre burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en el personal de Banca. *Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 11(24), 17-26.

- García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M. C. y Llor Esteban, 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-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 7, 3-12.
- García-Izquierdo, 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-Renedo, M., Llorens, S., Cifre, E. y Salanova, M. (2006). “Antecedentes afectivos de la auto-eficacia docente: un modelo de relaciones estructurales”. *Revista de Educación*, 339, 387-400.
- Garden, A. M. (1989). The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Garfield, C. H. (1980). Coping with Burnout. *Hospital Forum*, 23(1), 15.
- Garrosa, E. y Carmona, I. (2011). Salud Laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 57(1), 224-238.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez Muñoz, A. y Rodríguez Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International of Nursing Studies*, 48, 479-489.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, A. y Sanz, A. I. (2008). La influencia del estrés de rol y la competencia emocional en el desgaste profesional y en el engagement. *Información Psicológica*, 91-92; 80-94.
- Germain, P. B. y Cummings, G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 18, 425-439.  
<http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x>

- Giallonardo, L. M., Wong, C. A. y Iwasiw, C. L. (2010). Authentic leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 993-1003. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01126.x>
- Gibbons C., Dempster M. y Moutray, M. (2007). Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 282-290.
- Gibbons C., Dempster M. y Moutray, M. (2010). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 621–632. <http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x>
- Gil-Monte, P. R. (1996a). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 16, 37-42.
- Gil-Monte, P. R. (1996b). La incidencia de las variables sociodemográficas sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory – General Survey. *Salud Publica de México*, 44(1), 33-40.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout en profesionales de enfermería). *Revista Electrónica Interacción Psychocological*, 1(1), 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-73.

- Gil-Monte, P. R. (2012). Influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *European Psychologist*, 17, 231-236.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Roldán M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 281-290.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J.M. (1997). Estrategias de intervención para la prevención y afrontamiento del síndrome de quemarse por el trabajo. En P. R. Gil-Monte & J.M. Peiró, *El Desgaste Psíquico en el Trabajo: El síndrome de quemarse* (pp. 97-121). Madrid: Psicología Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 135-149.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel M. P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-63.
- Gil-Monte, P. R. y Schaufeli, W. B. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 121-130.
- Gimeno, M. A., Pinazo, D., García Perdiguero, T. y García, A. (2008). Evaluación de las organizaciones saludables: Una propuesta metodológica. *Cuestionario de Salud Organizacional*. Parte III: “Indicadores prioritarios en una organización saludable”. 6º Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. A Coruña.
- Girdano, D. y Everly, G. S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Godoy Fernández, C. y Sánchez Meca, J. (2009). *Variables de personalidad y Síndrome de Estrés Crónico Asistencial: Estudio Exploratorio en Personal de Enfermería*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia.
- Godoy Izquierdo, D., Godoy, J. F., López, F. y Sánchez, M. B. (2002). Propiedades Psicométricas de la versión española del “Cuestionario de Salud General de Goldberg-28”. *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 49-71.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maoudsley Monograph. Londres. Oxford University Press.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139–145.
- Golembiewski, R. T., Munzerider R. y Carter D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Gómez, B. y Escobar A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(5), 273-282.
- González de la Rivera, J. L. (1980). *Manual de Psiquiatria*. Madrid: Karpos.
- González-Roma, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. y Lloret, S. (2006). “Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles?” *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165–174.
- González M., T. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos autoinformados y estrés en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología Social*, 21(2), 141-152.
- González M., T. y Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia Universidad Autónoma de Nuevo León*, 10(4), 403-410.

- Gracia Camón, D. A. (2006). Método del Instituto de ergonomía MAPFRE (INERMAP). En Melía, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., Bona, J. M., Bajo, J. C. y Martínez-Losa, J. F.: *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos*. Barcelona: Foment del Treball Nacional.
- Gracia Navarro, E. (2015). Stress, Coping, and Work Engagement within the specific job context: Comment on Kaiseler et al. (2104). *Psychological Reports*, 116, 377-380. <http://dx.doi: 10.2466/01.20.PR0.116k22w1>
- Gracia Navarro, E. (2013). *Panorámica de la Psicología Positiva*. Trabajo de Grado de Psicología Positiva.
- Grau, E. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Valencia (España).
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P.R., García-Juesas, J. A. y Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1013-1020.
- Grau Gumbau, R. M., Salanova Soria, M., Schaufeli, W. B., Peiró Silla, J. y Llorens Gumbau, S. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”. ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología Del Trabajo y De Las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (2001). Editorial introduction downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1-13.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <http://dx.doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Guàrdia, J. (2008). *Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales*. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Barcelona.
- Guàrdia, J., Però, M. y Barrios, M. (2008). Propiedades psicométricas de la batería MCMUTUALUB) de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa. *Psicothema*, 20(4), 839-844.
- Guic E., Mora P., Rey, R. y Robles, A. (2006). Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Revista Medica de Chile*, 134(1): 447-455.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. y Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health and Medicine*, 6, 335-341.
- Hays, M., Mannahan, C., Cuaderes, E. y Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Hakanen, J., Bakker, A. B. y Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43, 495–513.
- Hakanen, J. J. y Roodt, G. (2010). Using the job demands-resources model to predict engagement: Analyzing a conceptual model. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 85-101). New York, NY: Psychology Press.
- Halbesleben, J. R. B. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 102-117). New York, NY: Psychology Press.

- Hallberg, U. y Schaufeli, W. B. (2006). "Same same" but different: Can work engagement be discriminatd from job involvement and organizational commitment? *European Journal of Psychology*, 11, 119-127.
- Han, K. S. y Chung, K. H. (2015). Positive Psychological Capital, Organizational Commitment and Job Stress of Nurses in Small and Medium-Sized Hospitals. *Advanced Science and Technology Letter. Healthcare and Nursing*, 208-211.  
[http://dx. http://dx.doi.org/10.14257/astl.2015.88.44](http://dx.doi.org/10.14257/astl.2015.88.44)
- Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A. y Semeniev, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 584-591.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L. y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>
- Herbert, T. (1994). Stress and the immune system. *World Health*, 47(2), 4-5.
- Health Education Authority (1999). Revista electrónica Enfermería Global.  
<http://www.um.es/eglobal>
- Hernández Zamora, L., Olmedo, G. L. y Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2).
- Hernández, T., Terán, O., Navarrete, D. y León, A. (2007). Síndrome de Burnout: una aproximación a su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Revista Internacional La Nueva Gestión Organizacional*, 3(5), 50-68.
- Hernández-Mendoza, E., Cerezo, S. y López, M. G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista Enfermería Institución Mexicana Seguro*

- Social*, 15(3), 161-166. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. UNAM, México D.F., México.
- Hernández-Vargas, C. I., Llorens, S. y Rodríguez, A. M. (2014). Empleados Saludables y Calidad de Servicio en el Sector Sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), 247-258. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.143631>.
- Hermosa, A. M. y Perilla, L. E. (2015). Retos investigativos en psicología de la salud ocupacional: el estrés laboral. *Revista Facultad Nacional. Salud Pública*, 3(2), 252-261. <http://dx.doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a12>
- Hinkle, L. E. (1973). The concept of “stress” in the biological and social sciences. *Science, Medicine and Man*, 1, 31-48.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S.E., Johson, R. J., Ennis, N. y Jackson, A. P. (2003). Resource Gain and Emotional Outcomes among inner city womwn. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 632-643.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.K. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 4, 189-194.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading MA: Addisson-Wesley
- Hockey, G. (1997). Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework. *Biological Psychology*, 45, 73-93.
- Humphrey, N., Curran, A. Morris, E., Farrel, P. y Woods, K. (2007). Emotional Intelligence and Education: A critical review. *Educational Psychology*, 27(2), 235-254.

- Ibañez Martínez, N., Vilaregut Puigdesens, A. y Abio Roig, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-151.
- Ilhan, N., Durukan, E., Taner E., Maral, I. y Bumin A. (2007). Burnout and its correlatos among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100-106.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - INSHT (1990). *Condiciones de Trabajo y Salud*. Madrid: MTSS.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - (1999). National Institute of Occupational Safety and Health (INSHT -NIOSH). *Stress at work*. Publicación 99 – 101. Ohio, USA.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - INSHT (2004). *El programa de ayuda al empleado (EAP): Intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales*. <http://www.grupatra.org/counseling/nota780.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo – INSHT (2008). Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud (Istas21 - CoPsoQ). (2004). *Manual de administración ISTAS*. Madrid: Paralelo Edición. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, ISTAS. *Manual de la versión media del método ISTAS-21 (CoPsoQ) de evaluación de riesgos psicosociales*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH). (2014). Occupational Health Psychology (OHP). Atlanta, GA, USA. <http://www.cdc.gov/niosh/topics/ohp/>
- ISTAS (2005). Metodología ISTAS21 (CoPsoQ). <http://www.istas.net/web/portada.asp>.

- Jenaro-Rio, C., Flores-Robaina, N. y González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 107-121.
- Johnson, E. O., Kamilaris, T. C., Chrousos, G. P. y Gold, P. W. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 115–130.
- Johnson, J.V. y Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Joseph, D. y Newman, D. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54-78.
- Kahn, W. A. (2002). Managing the Paradox of Self-Reliance. *Organizational Dynamics* 30, 239-256. <http://www.organizational-dynamis.com>
- Kahn, W. C. (1990). Psychological conditions of personal engagement ar work. *Academy of Management Journal*, 33, 692-724.
- Kaiseler, M., Queirós, C., Passos, F. y Sousa, P. (2014). Stress appraisal, coping, and work engagement among police recruits: an exploratory study. *Psychological Reports: Employment Psychology and Marketing*, 114, 635 - 646.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparison or two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 277-287. <http://dx.doi:10.1016/j.paid.2006.11.031>

- karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karekla, M. y Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (2), 163-170. <http://dx.doi: 10.1016/j.jbtep.2010.10.002>
- Keyko, K. (2014). Work engagement in nursing practice: A relational ethics perspective. *Nursing Ethics*. <http://dx.doi: 10.1177/0969733014523167>
- Koch, T. y Jones, S. (2010). The ethical professional as endangered person: Blog notes on doctor-patient relationships. *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 36, 264-285.
- Kompier, M. A. J., Coopers, C. L. y Geurts, S. A. E. (2000). A multiple case study to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9, 371-400.
- Kristensen, M., Hannerz, H., Hogh, A. y Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire -a tool for the assesment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand Journal Work Environ Health*, 31(6), 438-449.
- Laal, M. y Aliramaie, N. (2010). Nursing and Coping With Stress. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*, 2(5), 168-181.
- Lahera, M. (2006). Método del Instituto Navarro de Salud Laboral. En Meliá, J. L., Nogareda, C., Lahera, M. Duro, A., Peiró, J. M., Pou, R., Salanova, M., Gracias D., de Bona, J. M. Bajo, J. C. Y Martínez-Losa, F.: *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales*. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Trebal Nacional, pp. 64-82.

- Lambert, E. G. y Paoline, E. A. (2008). The influence on Individual, Job, and Organizational Characteristics on Correctional Staff Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment. *Criminal Justice Review*, 33(4), 541-564.
- Langelaan, S., Bakker, A. B., Van Doornen, L. J. P. y Schaufeli, W. R. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40, 521-532.
- Lara Ruiz, A. (2013). *Algunas orientaciones para evaluar los factores de riesgo psicosocial. los riesgos*. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid.
- Lasalvia, A. y Tansellea, M. (2011). Occupational stress and job bournout in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 279-285
- Laschinger, H. K. S. y Finegan, J. (2005). Empowering Nurses for Work Engagement and Health in Hospital Settings. *Journal of Nursing Administration*, 35, 439-49.
- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J. y Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing the job demands-resources model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175-186. [http://dx.doi: 10.1097.HMR.0b013e31822aa456](http://dx.doi:10.1097.HMR.0b013e31822aa456)
- Laschinger, H. K. S., Wilk, P., Cho, J. y Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: Does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17, 636-646. [http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x](http://dx.doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x)
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. y Greco, P. (2006). The Impact of Staff Nurse Empowerment on Person-Job Fit and Work Engagement/Burnout. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4 ) 358-367.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company (Traducción española: Ed. Desclée de Brouwer, 2000).
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S. y Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770-779.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española Estrés y Procesos Cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca).
- Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Dosch, J. y Summann, G. (2008). Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthesia and Intensive Care*, 36, 208-213.
- Lee, T. y Ko, Y. (2010). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 839-848.
- Leguizamón, L. y Gómez, V. (2002). Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafé de Bogotá. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 173-182.
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V. I. y Marro, C. T. (2002). “Afrontamiento”. En “*El malestar*” y su evaluación en diferentes contextos. Buenos Aires: Eudeba.

- Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. A study of multidisciplinary mental health team". *Group and Organization studies*, 13, 111-128.
- Leiter, M. P. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- Leiter, P. y Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331-339. <http://dx.doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (2009). Burnout and workplace injuries: A longitudinal analysis. In A. M. Rossi, J. C. Quick, & P. L. Perrewe (Eds.), *Stress and quality of working life: The positive and the negative* (pp. 3-18). Greenwich, CT: Information Age.
- Lert, F., Chastang, J. y Castano, I. (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *Aids Care*, 13(6), 763-778.
- León, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGrawHill.
- Leung, T., Siu, O. y Spencator, P. E. (2000). Faculty stressors, job satisfaction, and psychological distress among university teachers in Hong Kkong: the role of locus of control. *International Journal of Stress Management*, 7, 121-138.
- Levi, L. (1996). *Spice of life or kiss of death?* En C.L. Cooper (Ed.), *Stress, medicine, and health* (pp. 1-10). Boca Ratón, FL: CRC Press.
- 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.
- Levy, M. (2004). Caring for the caregiver. *Critical Care Clinics*, 20, 541-547, XI.
- Lewig, K., Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. y Metzger, J. (2007). Burnout and connectedness among Australian volunteers: A test of the Job Demands-Resources model. *Journal of Vocational Behavior*, 71, 429-445.

Ley Orgánica 15/99, 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y a la Ley 41/02 de noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente.

Liao, H., Toya, K., Lepak, D. P. y Hong, Y. (2009). Do they see eye to eye? Management and employee perspectives of high-performance work systems and influence processes on service quality. *Journal of Applied Psychology*, 94, 371-391.

Liébana Presa, C. (2011). *Salud emocional en estudiantes universitarios de enfermería y fisioterapia de Castilla y León*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba (España).

Lindqvist, R., Carlsson, M. y Sjöden, P. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1398-1408.

Lindstrom, K. (2002). Nordic method for measuring psychosocial and social factors at work. *TUTB Newsl* (19-20), 48-49.

Lisbona A., Morales, J. F. y Palací, F. J. (2009). El Engagement como resultado de la socialización organizacional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 1, 89-100.

Llorens, S., Bakker, A., Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2006a). Testing the robustness of Job Demands-Resources Model. *International Journal of Stress Management*, 13, 378-391.

Llorens, S., del Líbano, M. y Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. En M. Salanova (Ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 63–93). Madrid: Síntesis.

Llorens, S., Rodriguez, A. y Salanova, M. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Revista Gestión Práctica de riesgos Laborales*, 29.

- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A. y Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23(1), 825-841.
- Llorett, S., González, V. y Peiró, J. M. (1995). El estrés de rol en enfermeras: un modelo causal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 393-406.
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1986). *Cuestionario de Salud General GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Masson.
- Lobo, A., Pérez-Echevarria, M. J. y Artal, J. (1986a). Validity of the scaled versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*; 16, 135-140.
- Locke, E. A. (1976). "The nature and causes of job satisfaction", in Dunnette. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago. United States. Rand McNally College Ed.
- López Mena, L. y Campos. J. (2002). Evaluación de los factores presentes en el estrés laboral. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, (1), 149-165.
- López, C., Zegarra, A. y Cuba, V. (2006). Factores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1), 53-60. [http:// posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/55-63.pdf](http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/55-63.pdf)
- Lorente, L., Salanova, M., Martínez, I. y Schaufeli, W. (2008). Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*, 20(3), 354-360.
- Luceño, L. (2005). *Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. Construcción y validación del Cuestionario Multidimensional DECORE*. Tesis doctoral. Madrid: Editorial Complutense.

- Luceño, L., Martín, J., Jaén, M. y Díaz, E. (2006). Factores psicosociales y rasgo de ansiedad como predictores de estrés y satisfacción. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 89-97.
- Luceño, L., Martín, J., Miguel Tobal, J. J. y Jaén, M. (2005). El Cuestionario Multidimensional DECORE: Un instrumento para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 189-202.
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Perspectives*, 16(1), 57-72.  
<http://dx.doi:10.5465/AME.2002.6640181>
- Luthans, F. y Avolio, B. J. (2003). Authentic leadership: A positive development approach. En K. S. Cameron, J. E. Dutton y R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp.241-261). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B. y Norman, S. M. (2007b). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572. <http://dx.doi:10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J. y Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 21, 41-67. <http://dx.doi:10.1002/hrdq.20034>
- Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. y Li, W. (2005). The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review*, 1(2), 249-271. <http://dx.doi:10.1111/j.1740-8784.2005.00011.x>
- Luthans, F., Norman, S. M., Avolio, B. J. y Avey, J. B. (2008). The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate-employee performance relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 29(2), 219-238.  
<http://dx.doi:10.1002/job.507>

- Luthans, F. y Youssef, C. M. (2004). "Human, social and now positive psychological capital management: investing in people for competitive advantage". *Organizational Dynamics*, 33, 143-160.
- Luthans, F., Youssef C. M. y Avolio, B. J. (2007a). *Psychological Capital: Developing the human competitive edge*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lyon, B. L. (2012). Stress, coping and health. A conceptual overview. En Rice, V. H. (Eds.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 2-20). Los Angeles, LA: SAGE Publications, Inc.
- Macik-Frey, M., Quick, J. E. y Nelson, D. L. (2007). Advances in occupational health: From a stressful beginning to a positive future. *Journal of Management*, 33, 809-840.
- Maercker, A. (2004). Age of traumatization as predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
- Mainou, V. y Lozoya, E. (2012). *Gigantes de la psicología humanista. Para una educación integral*. México: Compañía Editorial Impresora y Distribuidora, S. A.
- Manzano, G. (2008). Síndrome de Burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Información Psicológica*, 91-92, 23-31.
- Manzano, G. (2002a). Burnout y engagement. Relación con el desempeño, madurez profesional y tendencia al abandono de los estudiantes. *Revista de Psicología Social*, 13(3), 237-249.
- Manzano, G. (2002b). Burnout y engagement en un colectivo pre-profesional de estudiantes universitarios. *Boletín de Psicología*, 74, 79-102.
- Manzano, G. (2002c). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 8, 225-244.

- Mañas, M. A., Salvador, C., Boada, J. y Agullo, E. (2007). La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 12(3), 395-400.
- Marín, N., Esteban, A., Palma, C., Vega, M., Mestre, L. y Fornés, J. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario Son Dureta. *Psiquiatria.com*, 9(4).
- Marqués Pinto, A., Lima, M. L. y Lopes da Silva, A. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 125-143.
- Marsollier, R. y Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10(1), 209-220.  
<http://www.psicoperspectivas.cl>
- Martín Daza, F. y Pérez Bilbao, J. (1997). “NTP 443. Factores Psicosociales: Metodología de Evaluación”, INSHT. [http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp\\_e13.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_e13.htm)
- Martín Díaz, M. D., Jiménez, M. P. y Fernandez, E. (2004). “Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento” (E3 A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. ISSN-1138-493X. Departamento de Psicología Básica II. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España, 3(4).
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M. y Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficientes. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Martín, M. J., Viñas, J., Pérez, J., Luque, M. y Soler, P. A. (1997). Burnout en personal de enfermería. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24, 113-118.

- Martínez García, M. (2006). *Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en Profesionales de Cuidados Paliativos*. Tesis Doctoral. FICE. Departamento de Psicología. Universidad de Deusto.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112. <http://www.ucm.es/info/vivataca/numero/n112>. profesional. *Revista de Educación*, 330, 361-384. <http://en.scientificcommons.org>
- Martínez, I., Marqués, A., Salanova, M. y Lopez da Silva., A. (2002). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal. *Ansiedad y Estrés*, 8(1), 13-23.
- Maslach, C. (1982). *Burn-out. The cost of caring*. Nueva York. Prentice Hall.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 92-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3.<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, P. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress And What to do About it*". Jossey-Bass inc. Publishers, San Francisco, California, E.U.A.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Maslach, C. y Pines, A. (1977). *The burn-out syndrome in the day care setting*. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C. H. y Schaufeli, W. (1993). Historical and conceptual development of Burnout. En: Schaufeli, W., Maslach, CH. y Marek, T. (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-18). Washington: Taylor & Francis.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper.
- Mason, J. W. (1968). Organization of Psychoendocrine Mechanism. *Psychosomatic Medicine*, 30, 565-808.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Mauno, S., Kinnunen, U. y Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement; a longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 70, 149-171.
- May, D. R, Wilson, R. C. y Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 11-37.
- McEwen, B. S. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference?. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 315-318.
- McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2012). The reach of evidence-based psychological interventions. In R.K McHugh & D.H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Meliá, J. L. (2003a). *Bateria de factores psicosociales de salud laboral: Instrumentos diagnósticos para la prevención de disfunciones y patologías laborales*. Valencia: Ed. Cristóbal Serran. <http://www.uv.es/seguridadlaboral>

- Meliá, J. L. (2003b). Bateria Valencia – PREVACC: *Instrumentos diagnósticos para la prevención de accidentes laborales*. Valencia: Ed. Cristóbal Serran.  
<http://www.uv.es/seguridadlaboral>
- Meliá, J. L. (2004a). La Bateria de Factores psicosociales de la Universidad de Valencia: a evaluación multidimensional comprehensiva de los riesgos psicosociales. Trabajo presentado al tercer congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. Santiago de Compostela.
- Meliá, J. L. (2004b). *La Bateria valencia PREVACC de la Universidad de Valencia: la Evaluación de las Dimensiones Comportamentales, Grupales y Organizacionales que Afectan a los Accidentes Laborales*. Trabajo presentado al tercer congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. Santiago de Compostela.
- Meliá, J. L. (2006). La Bateria Valencia PREVACC 2003 de la Universidad de Valencia. En Meliá, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., Bona, J. M., Bajo, J. C. y Martínez-Losa, J. F.: *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos*. Barcelona: Foment del Treball Nacional. Pags- 155-180.
- Melgosa, J. (2006). *¡Sin Estrés!* Madrid, España: Safeliz.
- Memoria Hospital de Basurto (2009). <http://www.hospitalbasurto.com/modulos>
- Memoria Hospital de Galdakao-Usansolo (2009).  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publicli/adjuntos/memorias/memoriaEfqm2009.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicli/adjuntos/memorias/memoriaEfqm2009.pdf)
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, I., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el Modelo de Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.

- Meseguer, A., González, R. y Calatayud, E. (1996). Enfermería, burnout y unidades de alto riesgo. *Enfermería Clínica*, 6(6), 249-254.
- Meseguer, M., Soler, M. I., García-izquierdo, M., Sáez, M. C. y Sánchez, J. (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing. *Psicothema*, 19(2), 225-230.
- Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (2011). Estrés y afrontamiento. En A. Puente (Coord.), *Psicología contemporánea básica y aplicada* (pp. 513-533). Madrid: Pirámide.
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493-509.
- Molina, T., Gutiérrez, A. G., Hernández, L. y Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2), 353-360. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Moncada, S. y Llorens, C. (2006). *El método COPSQ (ISTAS 21, PSQCAT 21) de evaluación de riesgos psicosociales*. NTP 703. INSHT.
- Moncada, S. y Llorens, C., Navarro, A. y Kristensen, T. N. (2005). *Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSQ)*. *Archivo Prevención de Riesgos Laborales*, 8(1), 18-29. <http://www.istas.net/web/portada.asp>
- Montgomery, A., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B. y Den Ouden, M. (2003). Work-home interference among newspaper managers: Its relationship with Burnout and Engagement. *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 195-211.
- Moos, R. H. y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an Integrative Framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403. (Tesis Doctoral - 203 - Jorge Gilberto Prieto Benítez).
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger, S. Breznitz, L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.),

- Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2ª ed.) (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Moreira Fueyo, J. M. y Álvarez Baza, M. C. (2002). Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*, 14, 6-12.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simon (Eds.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-759). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, B. y Baez, L. (2010). *Factores y Riesgos Psicosociales, formas consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Instituto Nacional e Seguridad e Higiene en el trabajo Madrid.
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. EL CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13(2), 185-207.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal, G. y Caballo, V. E. (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid. SXXI.
- Moreno-Jimenez, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de Coherencia, Personalidad Resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 115-138.
- Moreno, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M. y Rodríguez, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000). Personalidad Resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2012). Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. *Empleo, Estrés y Salud*, 59-83.

- Morera Fumero, A. L. y González de la Rivera, J. L. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, 4, 253-260.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2005). Utilización de los tests. En J. Muñiz, A. M. Fidalgo, E. García Cueto, R. Martínez y R. Moreno (Eds.), *Análisis de los ítems* (pp. 133-172). Madrid: La Muralla, S.A.
- Muñoz, J. C. (2004). Síndrome de burnout en unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18, 1-2.
- Muñoz, C. M. y Correa, C. M. (2012). Burnout Docente y Estrategias de Afrontamiento en docentes de Primaria y Secundaria. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 226-242.
- Muñoz, C. y Piernagorda, D. (2011). Relación existente entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout en 17 docentes de básica primaria y secundaria de una institución de Cartago, Valle. *Psicogente*, 14(26), 389-402.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. y Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96, 71-94. <http://dx.doi:10.1037/a0021484>
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nadamae, T. y Fujui, K. (2008). Relationships among burnout coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 174-176.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V.S., Leibson, C.L., Stevens, S.R. y Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. <http://dx.doi:10.1056/NEJMsa1001025>

- Nelson, D. L., y Cooper, C. L. (2007). *Positive Organizacional Psychology*. London: Sage Publications.
- Noboa, A. (2007). *Especificidades del clima organizacional en las instituciones de salud*. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay Regional del Norte. Macao (pp. 1-33).
- <http://www.unorte.edu.uy/sites/default/files/Clima%20organizacional%20en%20las%20instituciones%20de%20salud.pdf>
- Nogareda, C. (2006). *Psicosociología del trabajo*. Madrid, INSHT.
- Nogareda, C. y Almodóvar, A. (2005). NTP 702: *El proceso de evaluación de los factores psicosociales*. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_702.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_702.pdf)
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2002). *Humanización de las relaciones asistenciales: la formación del profesional de la salud*. Sao Paulo: Casa del Psicólogo.
- Novoa M. M., Nieto, C., Forero, C., Caicedo, C.E., Palma, M., Montealegre, M.P., Bayona, M. y Sánchez, C. (2005). Relación entre el perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psicológica Bogotá*, 4(1), 63-75.
- Nowack, K. (2002). *Perfil de Estrés*. México: El Manual Moderno.
- Oncins, M. y Almodóvar, A. (1997). NTP 450: *Factores psicosociales: fases para su evaluación*. INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Barcelona
- Oginska-Bulik, N. (2006). Occupational Stress and its consequences in Healthcare Professional: The role of Type D Personality. *International Journal of Occupational Medicine and Enviroental Health*, 19(2), 113-122.
- Olabarria, B. (1995). El syndrome de “Burnout” (“Quemado”) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 189-194.

- Olmedo, M. y Santed, M. A. (1999). *El estrés laboral*. Madrid: UNED-Klinik.
- Orejudo, S. y Froján M. X. (2005). Síntomas Somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21(2), 276-285.
- Orgambídez, J., Borrego, Y. y Mendoza, I. (2014). Role Stress and Work Engagement as Antecedents of Job Satisfaction in Spanish Workers. *Journal of Industrial Engineering and Management JIEM*, 7 (1): 360-372  
<http://dx.doi.org/10.3926/jiem.992>
- Organización Internacional del Trabajo (1986). *Psychological factors at work: recognition and control*. Informe de la comisión paritaria OIT/OMS sobre la salud en el trabajo, novena sesión. Ginebra. OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (1984). *Factores Psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra (Suiza).
- Organización Internacional del Trabajo (2001). *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Ginebra: OIT; 97(1), 97-81.
- Organización Internacional del Trabajo (2002). *Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales* (194), Ginebra.  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312532;](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312532;)  
[www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed.../wcms\\_116913.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed.../wcms_116913.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1948). Preámbulo a la constitución de la OMS, 1946: “*Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud*” (OMS) el 7 de abril de 1946.

- Organización Mundial de la Salud (1990). World Health Organization OMS-WHO. The world. Health systems: Improving performance. <http://www.who.int/whr>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)
- Organización Mundial de la Salud / WHO-OMS (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. *The World Health Report*. Geneva: WHO.
- Ortega, C., y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Pando, M., Aranda, C., J. M., Zambrano, J. y Lopez, I. (2011). Factores Psicosociales de Riesgo, Burnout y work Engagement en Empleados de Pequeñas Tiendas Comerciales de Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(3).
- Paris, L. y Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar (Coping strategies as promoters of well-being). *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. N. (2013). La Psicología Positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Parra, P. (2010). Relación entre el nivel de Engagement y el rendimiento académico teórico/práctica. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 7(1), 57-63.
- Párraga, J. M. (2005). *Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Parsons, A., Frydenberg, E. y Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescents males. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 109-114.

- Pavithra, S. y Barari, G. (2012). A study on quality of work life of lawryers in coimbatore district. *Indian Strems Reseach Journal*, 2(8), 1-8.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.
- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The estructure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Peiró. J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Eudema.
- Peiró, J. M. (1999). Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo AMIGO como base de la metodología "Prevenilab/Psisocial". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(2), 267-314.
- Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control del Estrés laboral*. Madrid. Eudema. Modelo clásico del estrés laboral.
- Peiró, J. M. y Tetrick, L. (2011). *Occupational Health Psychology*. IAAP Handbook of Applied Psychology. pp. 292 -315. Wiley-Blackwell.
- Pelsma, D. M., Roland, B., Tollefson, N. y Wigington, H. (1989). Parent burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with a sample of mothers. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 22(2), 81-87.
- Perea-Baena J. M. y Sánchez-Gil L. M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index Enfermería*, 17(3), 164-168. Granada, España. 2008. <http://dx.org/10.4321/S1132-12962008000200003>.
- Pérez-García, A. M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED-Klinik.

- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces*, I, II, III. Madrid: Pirámide.
- Pérez Padilla, J. (2014). *El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial*. Tesis doctoral. Universidad de Huelva.
- Perrez, M. y Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health*. Seattle: Hogrefe.
- Peterson, S. J., Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. y Zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: A latent growth modeling approach. *Personnel Psychology*, 64, 427-450.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Washington: American Psychological Association.
- Pienar, J. y Sharron, A. (2008). Burnout, engagement, coping and general health of the service employees in the hospital industry. *Tourism Management*, 29, 1053-1063.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role, conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Pines, A. M. (1988). *Keeping the spark alive: Preventing burnout in love and marriage*. New York: St. Martin's Press.
- Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines, A. y Aronson, E. (1989). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Pines, A. y Kafry, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Eds.), *The Burnout Syndrom* (pp. 391-410). Parkridge, IL: London House Press.
- Polo Vargas, J. D., Palacio, J. E., De Castro, A. M., Mebarak, M. R. y Velilla, J. L. (2013). Riesgos psicosociales: la psicología organizacional positiva como propuesta de promoción, prevención e intervención. *Salud Uninorte*, 29(3), 561-575.

- Poncet, M. C., Toullic, P., Panazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B. y Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698-704.
- Portocarrero, M. y Bernardes, M. L. (2013). Roads to positive self-development: Styles of coping that predict well-being. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 383-392.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para la evaluación de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65–72.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de Burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Ramos, F., Castro R. de., Galindo A. y Fernández Valladares, M. J. (1999). Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. *Maphre Medicina*, 2, 134-144.
- Revenson, T. A. y Lepore, S. J. (2012). Coping in social context. En A. Baum, T. A., Revenson y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology, 2nd edition* (pp.193-217). New York, NY: Psychology Press.
- Richardsen, A. M., Burke, R. J. y Martinussen, M. (2006). Work and health outcomes among police officers: the mediating role of police cynicism and engagement. *International Journal of Stress Management*, 13, 555-574.
- Richardson, C. y Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: A proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 659- 667.
- Ríos Rísquez, M. I., Godoy Fernández, C., Peñalver Hernández, F., Alonso Tovar, A. R., Lopez Alcaraz, F., Lopez Romera, A. y Liébanas Bellón, R. (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19(1), 2-13.

- Ríos, M. I., Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 660-605.
- Rivas, V., Jiménez, C. C., Méndez, H. A., Cruz, M. A., Magaña, M. y Victorino, A. (2013). Frecuencia e Intensidad del Estrés en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la DACS. *Horizonte Sanitario*, 13(1).
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y Lopez-Roig, S. (1995). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.  
<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/spu02203.pdf>
- Roth, S. y Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rothmann, S., Jorgensen, L. I., y Marais, C. (2011). Coping and work engagement in selected South African organisations. *Journal of Industrial Psychology / SA Tydskrif vir edryfsielkunde*, 37(1). <http://dx.doi: 10.4102/sajip.v37i1.962>
- Salanova, M. (2005). Metodología WONT para la Evaluación y Prevención de Riesgos Psicosociales. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 14, 22-32.
- Salanova, M. (2008a): Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humano. *Estudios Financieros*, 303, 179-214.
- Salanova, M. (2008b). La psicología de la salud ocupacional positiva. Entrevista a Marisa Salanova. *Revista Infocop*, 38, 32-40.
- Salanova, M. (2009). “Organizaciones saludables, organizaciones resilientes”, *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 58,18.
- Salanova, M. (2010). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid. Síntesis.

- Salanova, M., Agut, S. y Peiro, J. M. (2005). Linking Organizational Resources and Work Engagement to Employee Performance and Customer Loyalty: The Mediation of Service Climate. *Journal of Applied American Psychological Association*, 90 (6), 1217-1227. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>
- Salanova, M., Bresó, E. y Schaufeli, W. B. (2005b). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 215-231.
- Salanova, M., Carrero, V., Pinazo, D. y Schaufeli, W. B. (2002). *Job Resources and Proactive Behavior: the mediating role of Job Engagement*. 25th International Conference on Applied Psychology. Julio. 7-12. Singapur.
- Salanova, M., Cifre, E., Grau, R. M., Llorens, S. y Martínez, M. I. (2005). Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo casual (Antecedents of self-efficacy in college teachers and students: A causal model). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 159-176.
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I. M. y Llorens, S. (2007). *Caso a caso en la prevención de riesgos psicosociales. Metodología WONT para una organización saludable*. Lettera: Bilbao.
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67. <http://www.cop.es/papeles>
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H. y Torrente, P. (2013). Positive interventions in positive organizations. *Terapia Psicológica*, 31, 101-113.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I. M. (2006). *Metodología RED-WONT*. En: Melia, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., Bonal, J. M., Bajo, J. C. y Martínez-Losa, J. F. (Coord.): *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales*, Barcelona: Foment del Treball Nacional.

- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I. M. (2009). Psicología de la Salud Ocupacional: State of the Art. En M. Salanova (Eds.), *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre E. y Martínez, I. (2012). We need a HERO! Toward a validation of the realthy and resilient organization (HERO) model. *Group and Organization Management*, 37, 785-822.
- Salanova M., Martínez I., Bresó E., Llorens, S. y Grau R. (2005a). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: Facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170-80.
- Salanova, M., Martínez, I. y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. J. Palací (coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid: Pearson, Prentice-Hall.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. B. (2004). El Engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261(62), 109-138.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. M. (2005). La ilusión por el trabajo (engagement): ¿El lado positivo del burnout? En J. Martínez, (Eds.), *Quemarse en el trabajo (Burnout)* (pp. 73-92). Zaragoza: Egido Editorial.
- Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2008). A cross-national study of work “engagement” as a mediator between job resources and proactive behavior. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(1), 116-131.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova. M., Schaufeli, W., 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.

- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Martínez, I. y Bresó, E. (2010). How obstacles and facilitators predict academic performance: the mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress and Coping*, 23, 53-70.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F., Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, 2, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *El estrés Psicosocial*. Cursos de postgrado en Psicopatología y Salud. UNED-FUE. Madrid.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Jiménez M. P. (1995). Trastornos psicosomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 401-469). Madrid: Interamerican.
- Sandín, B. y Chorot P. (2003). The Coping Strategies Questionnaire - Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar. *Revista Psicopatología Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Santamaría, M. I. y Soto, R. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15, 123-130.
- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 165-178.

- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiuchi, K., Morikawa, Y. y Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 359–365.
- Sauter, S. L., Hurrell, J. J., Murphy L. R. y Levi, L. (2009). *Factores psicosociales y de organización*. En O.I.T. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2001. <http://www.mtas.es/es/publica/enciclo/indice.htm>
- Sawatzky, J. V. y Enns, C. L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 696-707. <http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01355.x>
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2001). “*Werk en welbevinden: Naar en positieve benadering in de Arbeids-en Gezondheidspsychologie*” (Work and well-being: Towards a positive Occupational Health Psychology). Gedrag and Organisatie, pp. 229–253.
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2003). The Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Escala de Engagement en el trabajo de Utrecht. *Occupational Health Psychology Unit*: Utrech University.
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2004). Jobs demands, job resources and their relations ships with burnout and engagement: A Multi-sample study. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 293-315. <http://dx.doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. y Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. En A. B. Bakker y M. P. Leiter (Eds.), *Work*

- engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 10-24). Nueva York: Psychology Press.
- Schaufeli, W. B. y Diederonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practices: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, 14(3), 204-220.  
<http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W., Martínez, I., Marqués-Pinto A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002b). Burnout and Engagement In University Students: A Cross-National Study. *Journal Of Cross-Cultural Psychology Studies*, 33(5), 464-481.
- Schaufeli, W. M. y Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: burnout and engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress and Coping*, 20, 177-196.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2007b). Work Engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. En S. W. Gilliland, D.D. Steiner y D. P. Skarlicki (Eds.), *Managing Social and Ethical Issues in Organizations*, 5, Research in Social Issues in Management.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, 39-46.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. Utrecht Work Engagement Scale (UWES), versión española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, (00).

- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2008). Enchancing work engagement through the management of human resources. In K. Na'swall, M. Sverke, & J. Hellgren (Eds.), *The individual in the changing working life* (pp. 380-404). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Schaufeli W.B., Taris, T.W. y Bakker, A.B. (2006). *Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholismo on the differences between work engagement and workaholism*. In: Burke R. editor. Work hours and work addiction. Northhampton, UK. Edward Elgar; 193-252.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. y Van Rhenen, W. (2003). Workaholism, burnout and Engagement: Three of a Kind or three different kind of employee well-being? *Applied Psychology*, 57(2), 173-203.
- Scheibe, S., Freund, A. M. y Baltes, P. B. (2007). Toward a developmental psychology of Sehnsucht (life longings): The optimal (utopian) life. *Developmental Psychology*, 4 (3), 778-795. <http://dx.doi: 10.1037/0012-1649.43.3.778>
- Scott, K. S., Moore, K. S. y Miceli, M. P. (1997). An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*, 50, 287-314.
- Segerstrom, S. y Miller G. (2004). Psychological stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Pshycological Bulletin*, 139(4), 601-630.
- Segurado, A. y Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14, 828-836.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "Quemado" por estrés asistencial*. Madrid: Ediciones TEA, S.A.
- Seligman M. E. P. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. (2ª edición). New York, NY: Pocket Books.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic Happiness*. Nueva York: Free Press.

- Seligman M. E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 3-6.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Selye, H. (1936). The general adaptative syndrome and diseases of adaptación. *Journal Clinical Endocrinology*. 6, 117-230.
- Selye H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Science*, 61, 692-699.
- Selye H. (1976). *Stress in health and disease Butterworth's*, Inc. Boston, MA.
- Sepúlveda, A. C., Romero, A. L. y Jaramillo, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*, 69(5), 347-354.
- Seyedfatemi, N., Tafreshi, M. y Hagani, H. (2007). Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *Biology Medical Central Nursing*. 11. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/6/11>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. y Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*, 58(8), 1483-1499.
- Shimazu, A. y Schaufeli, W. (2009). Towards a Positive Occupational Health Psychology: The Case of Work Engagement. *Japanese Journal of Stress Science*, 24(3), 181-187.
- Shirom, A. (2002). Job related burnout: A review. In J.C. Quick y L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 245-264). American Psychological Association: Washington DC.

- Shirom, A. (2003). Feeling vigorous at work? The construct of vigor and the study of positive affect in organizations. En D. Ganster y P. L. Perrew (Eds.), *Research in Organizational Stress and Well-being* (pp. 135-165). Greenwich, CT: JAI Press.
- Silva, Y., Carena, M. y Canuto, M. (2013). Niveles de engagement y burnout en voluntarios universitarios. Un estudio exploratorio y descriptivo. *Boletín de Psicología*, (108), 37-57.
- Simón, M. J., García, A., Blesa, Bermejo, C., Calvo, A. y Gómez De Enterría Pérez, C. (2005). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva*, 16(1), 3-14.
- Simpson, M. (2009). Engagement at work: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 1012-1024.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Slipak, O. (1996). Estrés laboral” ALCMEON 19. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, (5). [http://www.alcmeon.com.ar/5/19/a19\\_03.htm](http://www.alcmeon.com.ar/5/19/a19_03.htm).
- Smith, K.K., Kaminstein, D.S. y Makadok, R. J. (1995). The health of the corporate body: Illness and organizational dynamics. *Journal of Applied Behavioral Science*, 31, 328-351.
- Snyder, C. R. y López, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Snyder, C., Harris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, L., Sigmon, S. et al. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

- Sonnentag S., Dormann, C. y Demerouti, E. (2010). *Not all days are created equal: The concept of state work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research* (pp. 25-38). Nueva York: Psychology Press.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new Look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 518-528.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2005). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis S. A.
- Spence Laschinger, H., Eilk, P., Cho, J. y Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17, 636–646.
- Stanjovic, A. D. (2006). «Development of a core confidence-higher order construct», *Journal of Applied Psychology*, 91, 1208-1224.
- Stjakovic, A. D. y Luthans, F. (1998). *Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis*. By Stajkovic, Alexandedr and Luthans. *Fred Psychological Bulletin*, 124(2), 240-261.
- Statistical Program for Social Sciences (2006). SPSS for Windows, Release 14.0. SPSS Inc., Chicago, IL.
- Stora, J. B. (1990). *“El estrés”*. Presses Universitaires de France (pp. 1-109). Stress, appraisal and coping. New York.
- Strumpfer, D. J. W. (2003). Resilience and burnout: A stitch that could saber nine. *South African Journal of Psychology*, 33(2), 69-79.
- Sweetman, D. y Luthans, F. (2010). The power of positive psychology: Psychological capital and work engagement. En Bakker, A.B., y Leiter, M.P. (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 54-68). New York: Psychology Press.

- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C. y Sullman, M. J. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 305-313.
- Tabanelli, M. C., Depolo, M., Robin, M. T., Cooke, G. S., Bonfiglioli, R., Mattioli, F. y Violante, S. (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 1-12.
- Taub, M. y Olivares, V. (2009). *Revista Ciencia y Trabajo*, 11(32). <http://www.cienciaytrabajo.cl>
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. y Gruenewald, T. (2000). *Psychological resources, positive illusions, and health. American Psychologist*, 55(1).
- Taylor, S. (1999). *Health psychology*. Nueva York: McGraw Hill.
- Tejada, P. y Gómez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 488-512.
- Terlouw, E. M. C., Schouten, W. G. P. y Ladewig, J. (1997). Physiology. En M.C. Appleby y B.O. Hughes (Eds.), *Animal Welfare* (pp. 143-158). Wallingford, Oxon, UK: CAB International.
- Thian, J.H.M., Kannusamy, P., He, H-G. y Klainin-Yobas, P. (2015). Relationships among Stress, Positive Affectivity, and Work Engagement among Registered Nurses. *Psychology*, 6, 159-167. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.62015>
- Thoits, P. A. (1983). *Dimensions of Life Events that influence Psychological Distress: An Evaluation and Synthesis of the Literature* (pp. 33-103) in *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*, edited by H.B. Kaplan. New York: Academic.

- Tims, M., Bakker, A. B. y Derks, D. (2013). The impact of job crafting on job demands, job resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18, 230- 240.  
<http://dx.doi: 10.1037/a0032141>
- Tims, M., Bakker, A. B. y Xanthopolou, D. (2011). Do transformational leaders enhance their followers' daily work engagement? *The Leadership Quarterly*, 22,1 21-131.
- Tonon G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional, una Mirada al síndrome de burnout*. Buenos Aires-Argentina. Editorial Espacio.
- Toro, J. (1983). Stress y enfermedad. Ballus C. (Eds.), *Psicobiología. Interrelación de aspectos experimentales y clínicos*. Barcelona. Herder (pp. 121-167).
- Toro, F., Londoño, M. E., Sanín, A. y Valencia, M. (2010). Modelo analítico de factores psicosociales en contextos laborales. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 29(2).
- Torres-Gómez, B., San Juan, C., Rivero, A. M., Herce, C. y Achucarro, C. (1997). Burnout profesional. ¿Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13(1), 23-50.
- Trujillo, H. M., Oviedo, E. y Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 413-474.
- Turner, J. R., y Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193-212.
- Turner, N., Barling, J. y Zacharatos, A. (2002). Psicología Positiva en el Trabajo. En CR Snyder y S. López (Eds.), *Manual de Psicología Positiva*, Oxford University Press, Oxford, 715- 728.
- Ulrich, D. (2010). Foreword: The Abundant Organization. En P.A. Limley, S. Harrington y N. Garcea (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology and Work* (pp. 17-21). New York: Oxford University Press.

- Umbach, P. D. y Wawrzynski, M. R. (2005). Faculty do matter: The role of college faculty in student learning and engagement. *Research in Higher Education*, 46(2), 153-184.
- Valdés M., Rodríguez, J. M. y Blanco, A. (1996). Evaluación en acontecimientos vitales: análisis temático. *Psiquis*, 17(5), 231-237.
- Valle, G. (2015). Sentido de vida y Estrés Laboral en trabajadores de la salud mental que asisten pacientes drogopendientes. Estrategias de afrontamiento observadas. *European Scientific Journal*, 2, Special Edition.
- Van der Zaag-Loonen, H., Grootenhuis, M., Last, B. y Derkx, H. (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 13, 1011-1019.
- Van Bogaert P., Wouters K., Willems, S. R., Mondelaers, M. y Clarke S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 679–686. <http://dx.doi: 10.1111/jpm.12004>
- Van Rooy, D. L. y Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95.
- Van der Colff, J. J. y Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*, 35(1), 423. <http://dx.doi: 10.4102/sajip.v35i1.423>
- Van der Colff, J. J. y Rothmann, S. (2014). Burnout of registered nurses in South Africa. *Journal of Nursing Management*, 22, 630–642.

- Vázquez, C. (2013). La Psicología Positiva y sus Enemigos. Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 91-115.  
<http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao. Desclée de Brower.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- Verhoeven, C., Kraaij, V., Joeke, K. y Maes, S. (2003). Job conditions and wellness/health outcomes in Dutch secondary school teachers. *Psychology and Health*, 18, 473-487.
- Viejo, S. y González, M. (2013). Presencia de estrés laboral, Síndrome de Burnout y Engagement en personal de Enfermería del Hospital del Niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. *European Scientific Journal*, 9(12), 112-119.
- Villalobos, G. (2005). *Diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en el trabajo*. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
- Warshawsky, N. E. y Havensm, D. (2014). Nurse manager job satisfaction and intent to leave. *Nursing Economics*, 32(1), 32-39.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*, Oxford, Llandron Press.
- Wefald, A. J. (2009). Job engagement in organizations: Fad, fashion, or folderol? *Journal of Organizational Behavior*, 30(1), 141-145.
- Wefald, A. J. y Downey, R. G. (2009). Construct Dimensionality of Engagement and its Relation With Satisfaction. *The Journal of Psychology*, 143(1), 91-111.
- Wessely, S., Nimnuan, C. y Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354, 936-939.

- Wheaton, B. (1996). The domains and boudaries of stress concepts. En H. B. Kaplan (Eds.), *Psychosocial stress* (pp. 29-70). San Diego. CA: Academic Press.
- Wolff, H. G. (1950). *Life stress and bolidy disease*. A formulation. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Wong, C. A., Cummings, G. G. y Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21, 709-724
- Wong, C. A., Laschinger, H. K. S. y Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 889-900. <http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01113>
- Work and Organizacional Network – WONT (2005). *Prevención psicosocial*. Universidad Jaume I. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. <http://www.wont.uji.es>
- Wright, P. M. y McMahan, G. C. (1992). Theoretical Perspectives for Strategic Human Management. *Journal of Management*, 18(2), 295-320.
- Wrzesniewski, A. y Dutton, J. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *The Academy of Management Review*, 26(2), 179-201
- Wu, H., Liu, L., Sun, W., Zhao, X., Wang, J. y Wang, L. (2014). Factors related to burnout among Chinese female hospital nurses: cross-sectional survey in Liaoning Province of China. *Journal of Nursing Management*, 22, 621–629.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. y Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14, 121-141.

- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. y Schaufeli, W. B. (2009). Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 183-200.
- Yamashita, k., Saito, M. y Takao, T. (2012). Stress and coping styles in Japanese nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 489–496.
- Yayli, G., Yaman, H. y Yaman, A. (2003). Stress and work-life in a university hospital in Turkey: evaluation of the Brief Symptom Inventory and Ways of Coping Inventory in hospital staff. *Social Behavior and Personality*, 31(1), 91-100.
- Zautra, A. J., Guarnaccia, C.A., Reich, J. W. y Dohrenwend, B. P. (1988). The contribution of small events to stress and distress. En L.H. Cohen (Eds.), *Life events and psychological functioning* (pp. 123-180). Newbury Park, CA: SAGE.
- Zeidner, M. y Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11, 693–703.

## PARTE V. ANEXOS



## **ANEXOS**



## Anexo 1. Presentación documentos e instrumentos

Anexo 1.1. Solicitud de autorización a la dirección general de recursos humanos de Osakidetza.



# Deusto

Facultad de Psicología y Educación  
Psikologia eta Hezkuntza Fakultatea

Director General de Recursos Humanos de Osakidetza-SVS

D. Esteban Ruiz Álvarez

C) Álava, 1. Vitoria-Gasteiz

Estimado Sr. Ruiz Álvarez:

Dña. M<sup>a</sup> José Moreno Godoy, licenciada en Psicología por la Universidad de Deusto, con DNI 30574762-B, y doctoranda del Programa "Salud y Familia", está realizando su proyecto de tesis doctoral sobre el tema "Estrés asistencial y salud en personal sanitario", para lo cual desea recabar la colaboración del personal de enfermería y auxiliares de enfermería. El objetivo del estudio consiste en la recogida de datos epidemiológicos relacionados con la incidencia de problemas de ajuste y estrés psicosocial. Para ello se ha diseñado un protocolo de evaluación consistente en diferentes pruebas, de demostrada fiabilidad y validez, que han sido empleadas en anteriores estudios de índole nacional e internacional.

Uno de los propósitos es recoger una muestra paramétrica de aproximadamente 300 personas que desempeñan sus funciones en los Servicios de Urgencias de los hospitales de Galdakao-Usánsolo, Basurto y Cruces.

A fin de que el estudio pueda ser realizado, solicitamos su visto bueno, para lo cual le adjuntamos una copia del proyecto original. Asimismo, nos ponemos a su disposición para facilitarle la información y detalles que Ud. considere pertinentes sobre dicho estudio.

Esperando que esta información sea de su interés, le saluda atentamente, en Bilbao a 18 de abril de 2010.

Fdo: Imanol Amayra

Director del Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud



Universidad de Deusto  
Deustuko Unibertsitatea  
Apartado 1  
48080 Bilbao  
Tel. 944 139 248 - 944 139 045  
Fax 944 139 089  
psicologiayeducacion@deusto.es  
www.psicologiayeducacion.deusto.es

## **Anexo 1.2. Solicitud Autorización Centros correspondientes**

Tras autorización por la organización de HUG para llevar a cabo el trabajo de investigación: “Estrés Asistencial y Salud en personal sanitario”, a continuación se presenta la metodología a seguir tanto para la entrega como para la recogida de los cuestionarios.

### **PROCEDIMIENTO**

La Dirección de Enfermería informará a los responsables/supervisores de los servicios el propósito de la investigación (Urgencias Generales, Quirófano de Urgencias, Reanimación, Cuidados Intensivos, Coronaria, Hospitalización)

Aprovechando reunión semanal de los supervisores, es el propio investigador quien informa directamente a los responsables de las unidades el propósito de la investigación.

#### **Captación Participantes:**

Los supervisores mediante correo electrónico, carteles en las unidades, informarán a los trabajadores el objeto de la investigación y los días que pasará el investigador por la unidad.

#### **Distribución del cuestionario en sobre abierto**

Acompañado en un primer momento por el responsable de la unidad, será el mismo investigador quien entregue los cuestionarios a los participantes de forma individual, en una zona tranquila, para informar el objeto de la investigación y obtención del consentimiento informado.

- Fecha Inicio: día 11 de marzo
- Horario: por la tarde 16:30 y 17:30 horas y fin de semana 10:30 y 11:30 horas.
- Duración: hasta hacer el número total de muestra establecida

Se indicará que el límite de entrega del cuestionario será de una semana. El día y lugar de recogida será de mutuo acuerdo entre el investigador y participante.

#### **Recogida de cuestionario en sobre cerrado**

La recogida será por el propio investigador (por la tarde o fin de semana), en el mismo lugar donde se entregó el cuestionario.

#### **Recolección total de los cuestionarios**

Por el propio investigador en cada una de las unidades.

## **HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO**

### **A LA ATENCIÓN DE: SUPERVISORES-RAS**

M<sup>a</sup> José Moreno Godoy, está realizando su proyecto de tesis doctoral sobre el tema “Estrés Asistencial y Salud en Personal Sanitario”, y D. Imanol Amayra Caro, director de la tesis doctoral, nos dirigimos a ustedes desde el Departamento de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, solicitando su colaboración para la recogida de datos epidemiológicos relacionados con la incidencia de problemas de ajuste y estrés psicosocial.

Para ello se ha diseñado un protocolo de evaluación consistente en diferentes pruebas. Uno de los propósitos es recoger una muestra paramétrica de aproximadamente 150 personas (enfermeras y auxiliares de enfermería) que desempeñen sus funciones en los Servicios de Urgencias, Reanimación, Cuidados Intensivos y Hospitalización.

El tiempo estimado para completar estos cuestionarios es de 30 minutos aproximadamente, y consta de unas preguntas referentes a datos sociodemográficos, un inventario de aspectos psicosociales, un cuestionario de personalidad, un cuestionario de estrés asistencial, un cuestionario de estilos de estrategias de afrontamiento, un cuestionario de fallos cognitivos, un cuestionario del estado de salud general, un cuestionario de compromiso laboral y por último un cuestionario de percepción de organización saludable.

De acuerdo con la “Ley Orgánica 15/99 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal y a la Ley 41/02 de noviembre reguladora de la de Autonomía del Paciente” y la Declaración de Helsinki (2000) que asegura la confidencialidad y cumplimiento ético de principios de investigación, la labor del supervisor-ra, como intermediario o facilitador del proceso de investigación, se limitará a informar del propósito del estudio a los trabajadores de la Unidad correspondiente.

El cuestionario se entrega en un sobre blanco abierto, con el fin de que el participante lo pueda devolver el mismo en dicho sobre cerrado.

Por último, y recordándoles la importancia de recoger todos los cuestionarios entregados, les agradecemos su colaboración y el tiempo que nos han dedicado.

Bilbao, mayo 2010

## **HOSPITAL DE BASURTO**

### **A LA ATENCIÓN DE: SUPERVISORES-RAS**

M<sup>a</sup> José Moreno Godoy, está realizando su proyecto de tesis doctoral sobre el tema “Estrés Asistencial y Salud en Personal Sanitario”, y D. Imanol Amayra Caro, director de la tesis doctoral, nos dirigimos a ustedes desde el Departamento de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, solicitando su colaboración para la recogida de datos epidemiológicos relacionados con la incidencia de problemas de ajuste y estrés psicosocial. Este proyecto ha sido autorizado por la Dirección del Hospital de Basurto.

Uno de los propósitos es recoger una muestra paramétrica de aproximadamente 150 personas (enfermeras y auxiliares de enfermería) que desempeñen sus funciones en los Servicios de Urgencias, Reanimación, Cuidados Intensivos y Hospitalización.

Se trata de un estudio de tipo observacional. Para ello se ha diseñado un protocolo de evaluación consistente en diferentes pruebas. El tiempo estimado para completar estos cuestionarios es de 30 minutos aproximadamente, y consta de unas preguntas referentes a datos sociodemográficos, un inventario de aspectos psicosociales, un cuestionario de personalidad, un cuestionario de estrés asistencial, un cuestionario de estilos de estrategias de afrontamiento, un cuestionario de fallos cognitivos, un cuestionario del estado de salud general, un cuestionario de compromiso laboral y por último un cuestionario de percepción de organización saludable.

Simplemente se trata de contestar, de forma voluntaria, anónima y autoadministrada los cuestionarios presentados, y de acuerdo con la Ley orgánica 15/99 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41 de noviembre reguladora de la Autonomía del paciente y la Declaración de Helsinki (2000) aseguramos la confidencialidad y cumplimiento ético de principios de investigación. La labor del supervisor-a, se limitará a informar del propósito del estudio a los trabajadores de la Unidad correspondiente, a colgar la hoja informativa en el tablero de información. Así mismo, durante dos semanas, se recogerá en un listado los datos de las personas interesadas en participar encada Unidad (nombre, apellidos, móvil preferente de contacto y unidad a la que está vinculado-a). De esta manera, la investigadora principal, María José Moreno, se pondrá en contacto con el trabajador para aportar más información y posterior entrega y recogida del cuestionario.

Gracias por su colaboración y el tiempo que nos han dedicado.

Bilbao, mayo 2010

# **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: “Estrés Asistencial y Salud en Personal Sanitario”**

Este trabajo consiste simplemente en contestar, de forma totalmente voluntaria y anónima varios cuestionarios, autoadministrado. De acuerdo con la Ley orgánica 15/99 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41 de noviembre reguladora de la Autonomía del paciente y la Declaración de Helsinki (2000) aseguramos la confidencialidad y cumplimiento ético de principios de investigación, además los análisis de los resultados se realizarán de forma global y no a nivel individual.

*Si estás interesado-a en participar* anota tu nombre, apellidos y teléfono preferente de contacto en el siguiente listado.

En breve, María José Moreno (investigadora) se pondrá en contacto para ofrecerte más información.

| Nombre y Apellidos | Teléfono de Contacto | Pabellón | Servicio |
|--------------------|----------------------|----------|----------|
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |
|                    | 1.                   |          |          |
|                    | 2.                   |          |          |

### **Anexo 1.3. Hoja de Información dirigido a: Trabajadores y Estudiantes en formación.**

Nos dirigimos a vosotros-as desde el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Deusto a fin de solicitar vuestra colaboración para la recogida de datos epidemiológicos relacionados con la incidencia de problemas de ajuste y estrés psicosocial sobre el tema “Estrés Asistencial y Salud en Personal de la Salud”. Para ello se ha diseñado un protocolo de evaluación consistente en diferentes pruebas.

El objetivo general es analizar algunos de los factores de estrés psicosocial, estado de salud física y psicológica y su interrelación con algunas variables psicológicas en el profesional que trabaja en ámbito sanitario. El tiempo estimado para completar estos cuestionarios es de 40 minutos aproximadamente.

Para conseguirlo contamos con tu participación en este trabajo de investigación. Se trata de un estudio voluntario y, por tanto, si decides participar, en el momento de la entrega del cuestionario deberás cumplimentarlo de forma anónima y sincera.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41 de noviembre reguladora de la Autonomía del paciente y la Declaración de Helsinki (Seul, 2008) que asegura la confidencialidad y cumplimiento ético de principios de investigación, sólo es posible con el consentimiento expreso y revocable del mismo, por eso mismo se solicita la firma del participante en el Consentimiento Informado. Además los análisis de los resultados se realizarán de forma global y no a nivel individual.

En el día de la toma de contacto, el facilitador de los cuestionarios aportará más información sobre el trabajo, entregará los cuestionarios (en sobre abierto) a los estudiantes que deseen tomar parte en el trabajo, y se recogerán (en sobre cerrado).

Bilbao, octubre de 2010

**Doctoranda:** María José Moreno Godoy

**Director tesis doctoral:** D. Imanol Amayra Caro

#### **Anexo 1.4. Recomendaciones dirigidas al Participante**

- Recuerde que su participación es totalmente voluntaria, anónima y confidencial
- Recuerde firmar el Consentimiento Informado y quedarse con la segunda copia
- Recuerde la importancia de rellenar el cuestionario en un lugar tranquilo
- Recuerde la importancia de NO DEJAR NINGUNA PREGUNTA EN BLANCO
- Recuerde que la información obtenida de los cuestionarios, SÓLO y EXCLUSIVAMENTE serán utilizados por el investigador
- Recuerde entregar el cuestionario el día indicado a la persona que se lo facilitó
- Recuerde cerrar el sobre a su entrega

(\*) Para más información o resolver dudas que puedan surgir, no dude ponerse en contacto con el facilitador del cuestionario: M<sup>a</sup> José Moreno (635 20 92 86)

## Anexo 1.5. Consentimiento Informado del Participante en el Proyecto de Investigación

**Título del PROYECTO:** “Estrés Asistencial y Salud en Enfermeras y Auxiliares de Enfermería en activo y estudiantes en formación en la Organización Saludable”.

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio, he recibido suficiente información sobre el estudio y he hablado con el investigador.

Tras ser informado del carácter voluntario de la participación para éste trabajo, comprendo que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, previo aviso y sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mi persona.

Doy mi conformidad para que mis datos obtenidos a partir de los cuestionarios y escalas psicosociales, puedan ser analizados y tabulados estadísticamente de forma totalmente anónima y confidencial por parte de D<sup>a</sup> María José Moreno Godoy, para proyectos científicos, para artículos de investigación y/o tesis doctoral. Estos datos quedarán única y exclusivamente a disposición del propio interesado.

He recibido una *copia firmada* de este Consentimiento Informado.

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_

Bilbao, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

---

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado.

**Firma del Doctorando:**

(María José Moreno Godoy)

**Firma del Director Investigación:**

(Prof. Dr. Imanol Amayra Caro)

## Anexo 1.6. Autocuestionario *ad hoc* sobre aspectos sociodemográficos

### DATOS PERSONALES *(dirigido al trabajador activo)*

1. Género Hombre ☐ Mujer ☐
2. Edad ..... años
3. Lugar de Residencia ..... 4. Provincia .....
5. Estado Civil Casado-a / Pareja ☐ Separado-a ☐ Soltero-a ☐ Viudo-a ☐ 6. Nº hijos-as .....
7. Número de personas que conviven en el hogar (.....)
8. Nº de años de estudios:
- Primaria/EGB (.....) años Secundaria/BUP (.....) años Bachiller/COU (.....) años
- F.P I / F.P II (.....) años Diplomatura (.....) años Licenciatura (.....) años
9. ¿Realiza algún estudio? Si ☐ No ☐
- Curso Formación ☐ Informática ☐ Euskera ☐ Otros.....

### DATOS LABORALES

Hospital .....

10. Unidad Urg. Generales ☐ Urg. Pediátricas ☐ Urg. Ginecológicas ☐ Quirófano Urgs. ☐
- Hospitalización ☐ / Servicio ..... Consultas Externas ☐ / Servicio ..... Otros .....
11. Categoría Profesional / Tipo de Mando Intermedio ☐ Superior ☐ Supervisión ☐ Otros .....
- DUE ☐ Aux. Enfermería ☐ Celador-ra ☐ Aux. Administrativo ☐ Otros .....
12. ¿Trabaja de cara al público? Si ☐ No ☐
13. ¿Trabaja en grupo? Si ☐ No ☐
14. ¿Cómo es su relación con el cliente? Buena ☐ Difícil ☐ Según estado salud cliente ☐
15. Tipo de turno Mañana - Tarde - Noche ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐
- Mañana - Tarde ☐
16. Relación de empleo Fijo ☐ Interino ☐ Eventual ☐
17. Tipo de Jornada Completa ☐ Reducida ☐
- Nº horas anuales..... Nº horas al mes ..... Nº horas jornada diaria .....
18. Tiempo que lleva trabajando en esta organización-(\*) *Subraya lo que corresponda: mes, años.*
- Como Profesional (\*) (.....) meses/años Años que trabaja en el servicio / cargo actual (.....) meses/años
- Años trabajados en otros servicios: **Servicio**(1)..... (....) meses/años / **Servicio**(2)..... (.....) meses/años
19. ¿Cómo valora su experiencia profesional?
- Poco Satisfactoria ☐ Satisfactoria ☐ Muy satisfactoria ☐

20. ¿Se ha planteado el traslado de servicio? Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar el motivo? .....
21. ¿Se ha planteado solicitar una reducción de jornada? Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar el motivo? .....
22. ¿Se ha planteado el abandono de su profesión? Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar el motivo? .....
23. ¿Le gustaría cambiar el horario de trabajo? Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar el motivo? .....
24. ¿Se ha planteado solicitar excedencia voluntaria? Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar el motivo? .....
-

### ESTADO DE SALUD (dirigido al trabajador activo)

25. ¿Padece algún tipo de enfermedad crónica o incapacitante? Si ☐ No ☐

26. ¿Ha estado de Baja médica en el último año?

Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar cuánto tiempo? (.....) días

27. Cree que su estado de salud (física y/o psicológica) ha empeorado a consecuencia del trabajo

Si ☐ No ☐

27 a. ¿Puede indicar cuál? Cansancio ☐ Fatiga ☐ Dolores ☐ Irritabilidad ☐

Dificultad Concentración ☐ Problemas Memoria ☐ Ansiedad ☐ Otros .....

### HÁBITOS DE CONSUMO Y OCIO

28. Tabaco (\*) Si ☐ No ☐ (.....) cigarro-s / paquete-s al día

29. Fármacos Si ☐ No ☐

29 a. Prescritos por enfermedad (\*)

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

29 b. Para descansar, para dormir (\*)

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

30. Otros hábitos de consumo (\*) (café, alcohol, bebidas refrescantes, chocolate, etc.)

Si ☐ No ☐

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) al día/semana/mes

31. ¿Participa activamente en alguna asociación? (\*) Si ☐ No ☐ (.....) Nº horas semana/mes

32. ¿Práctica algún deporte/ocio semanal? (\*) Si ☐ No ☐

¿Puede indicar cuál? ..... (.....) Nº horas semana/mes

..... (.....) Nº horas semana/mes

33. Otros hábitos (lectura, oír música, teatro, cine, salir con amigos, juegos de azar, manualidades, etc.)

Si ☐ / No ☐

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) Nº horas - al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) Nº horas - al día/semana/mes

34. ¿Cómo valora su situación económica?

Poco Satisfactoria ☐ Satisfactoria ☐ Muy satisfactoria ☐

35. Puede indicar cinco opciones que mejor describan su estado de ánimo en estos momentos

|                                        |                                      |                                        |                                     |                                       |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Intranquila-o <input type="checkbox"/> | Enérgica-o <input type="checkbox"/>  | Desesperada-o <input type="checkbox"/> | Furiosa- o <input type="checkbox"/> | Débil <input type="checkbox"/>        |
| Deprimida-o <input type="checkbox"/>   | Relajada-o <input type="checkbox"/>  | Inquieta-o <input type="checkbox"/>    | Molesta-o <input type="checkbox"/>  | Agotada-o <input type="checkbox"/>    |
| Agitada-o <input type="checkbox"/>     | Luchador-ra <input type="checkbox"/> | Comprensiva-o <input type="checkbox"/> | Irritable <input type="checkbox"/>  | Cansada-o <input type="checkbox"/>    |
| Animada-o <input type="checkbox"/>     | Enfadada-o <input type="checkbox"/>  | Exhausta-o <input type="checkbox"/>    | Tensa-o <input type="checkbox"/>    | Vigorosa-o <input type="checkbox"/>   |
| Triste <input type="checkbox"/>        | Enojada-o <input type="checkbox"/>   | Fatigada-o <input type="checkbox"/>    | Infeliz <input type="checkbox"/>    | Confundida-o <input type="checkbox"/> |
| Alegre <input type="checkbox"/>        | Indecisa-o <input type="checkbox"/>  | Activa-o <input type="checkbox"/>      | Sola-o <input type="checkbox"/>     | Confiada-o <input type="checkbox"/>   |
| Servicial <input type="checkbox"/>     | Aturdida-o <input type="checkbox"/>  |                                        |                                     |                                       |

(\*) Subraya lo que corresponda: día, semana, mes, años, cigarro, paquete, etc.

## DATOS PERSONALES *(dirigido al estudiante en formación)*

1. Género Hombre ☐ Mujer ☐
2. Edad ..... años
3. Lugar de Residencia ..... 4. Provincia .....
5. Estado Civil Casado-a / Pareja ☐ Separado-a ☐ Soltero-a ☐ Viudo-a ☐ 6. Nº hijos-as .....
7. Número de personas que conviven en el hogar (.....)
8. Nº de años de estudios:  
 Primaria/EGB (.....) años Secundaria/BUP (.....) años Bachiller/COU (.....) años  
 F.P I / F.P II (.....) años Diplomatura (.....) años Licenciatura (.....) años
9. ¿Realiza algún estudio en la actualidad? Si ☐ No ☐  
 Curso Formación ☐ Informática ☐ Euskera ☐ Otros.....

## DATOS LABORALES /Período Prácticas

Hospital .....

10. Último lugar donde ha realizado las prácticas Urg. Generales ☐ Urg. Pediátricas ☐  
 Urg. Ginecológicas ☐ Quirófano Urgs. ☐  
 Hospitalización ☐ / Servicio ..... Consultas Externas ☐ / Servicio ..... Otros .....
11. Categoría Profesional  
 Estudiante DUE ☐ Estudiante Aux. Enfermería ☐
12. ¿Trabaja de cara al público? Si ☐ No ☐ 13. ¿Trabaja en grupo? Si ☐ No ☐
14. ¿Cómo es su relación con el cliente? Buena ☐ Difícil ☐ Según estado salud cliente ☐
15. Tipo de turno Mañana - Tarde - Noche ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐  
 Mañana - Tarde ☐
16. Relación de empleo  
 Estudiante en prácticas ☐
17. Tipo de Jornada  
 Nº total de horas de prácticas realizadas..... Nº horas prácticas al día.....
18. Tiempo en prácticas realizadas en la organización. Indicar el servicio y nº de horas  
 Hospitalización: Nº (.....) total horas/meses/años (Cardio, Trauma, Respi, Cirugía, etc,  
 Servicio(1)..... (.....) horas / Servicio(2)..... (.....) horas / Servicio(3)..... (.....) horas  
 Servicios Especiales: (.....) total horas/meses/años (Urgencias, UCI, Reanimación, Hemodiálisis, Hemodin  
 Servicio(1)..... (.....) horas / Servicio(2)..... (.....) horas / Servicio(3)..... (.....) horas  
 Otros servicios: ..... (.....) total horas/ meses/años  
 Servicio(1)..... (.....) horas / Servicio(2)..... (.....) horas / Servicio(3)..... (.....) horas
19. ¿Cómo valora su experiencia profesional en su tiempo en prácticas?  
 Poco Satisfactoria ☐ Satisfactoria ☐ Muy satisfactoria ☐

---

**ESTADO DE SALUD** *(dirigido al estudiante en formación)*

---

25. ¿Padece algún tipo de enfermedad crónica o incapacitante? Si ☐ No ☐

26. ¿Ha estado de Baja médica en el último año?

Si ☐ No ☐ ¿Puede indicar cuánto tiempo? (.....) días

27. Cree que su estado de salud (física y/o psicológica) ha empeorado a consecuencia del trabajo

Si ☐ No ☐

27 a. ¿Puede indicar cuál? Cansancio ☐ Fatiga ☐ Dolores ☐ Irritabilidad ☐

Dificultad Concentración ☐ Problemas Memoria ☐ Ansiedad ☐ Otros .....

---

**HÁBITOS DE CONSUMO Y OCIO**

---

28. Tabaco (\*) Si ☐ No ☐ (.....) cigarro-s / paquete-s al día

29. Fármacos Si ☐ No ☐

29 a. Prescritos por enfermedad (\*)

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

29 b. Para descansar, para dormir (\*)

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) comps.- al día/semana/mes

30. Otros hábitos de consumo (\*) (café, alcohol, bebidas refrescantes, chocolate, etc.)

Si ☐ No ☐

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) al día/semana/mes

31. ¿Participa activamente en alguna asociación? (\*) Si ☐ No ☐ (.....) Nº horas semana/mes

32. ¿Práctica algún deporte/ocio semanal? (\*) Si ☐ No ☐

¿Puede indicar cuál? ..... (.....) Nº horas semana/mes

..... (.....) Nº horas semana/mes

33. Otros hábitos (lectura, oír música, teatro, cine, salir con amigos, juegos de de azar, manualidades, etc.)

Si ☐ / No ☐

¿Puede indicar cuáles? .....¿Qué cantidad? (.....) Nº horas - al día/semana/mes

.....¿Qué cantidad? (.....) Nº horas - al día/semana/mes

34. ¿Cómo valora su situación económica?

Poco Satisfactoria ☐ Satisfactoria ☐ Muy satisfactoria ☐

35. Puede indicar cinco opciones que mejor describan su estado de ánimo en estos momentos

Intranquila-o ☐ Enérgica-o ☐ Desesperada-o ☐ Furiosa- o ☐ Débil ☐

Deprimida-o ☐ Relajada-o ☐ Inquieta-o ☐ Molesta-o ☐ Agotada-o ☐

Agitada-o ☐ Luchador-ra ☐ Comprensiva-o ☐ Irritable ☐ Cansada-o ☐

Animada-o ☐ Enfadada-o ☐ Exhausta-o ☐ Tensa-o ☐ Vigorosa-o ☐

Triste ☐ Enojada-o ☐ Fatigada-o ☐ Infeliz ☐ Confundida-o ☐

Alegre ☐ Indecisa-o ☐ Activa-o ☐ Sola-o ☐ Confiada-o ☐

Servicial ☐ Aturdida-o ☐

---

(\*) Subraya lo que corresponda: día, semana, mes, años, cigarro, paquete, etc.

## Anexo 1.7. Inventario de Percepción de Factores Psicosociales Organización Saludable

**Instrucciones:** A continuación hay una lista de problemas y quejas que a veces tienen algunas personas. Lea cada una cuidadosamente y rodee con un círculo el número que mejor describa CUÁNTA INCOMODIDAD LE HA CAUSADO A USTED ESE PROBLEMA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS, INCLUYENDO EL DIA DE HOY. Por favor, procure no dejar ninguna pregunta en blanco.

| Nada | Un poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo |
|------|---------|---------------|-------|-----------|
| 0    | 1       | 2             | 3     | 4         |

Grado de  
Incomodidad  
(últimos 30 días)

### 1. Factores propios de la profesión

Tipo paciente/cliente, usuario, familiar

- La naturaleza del problema de salud de los paciente/clientes a quienes hay que atender
- El contacto con el usuario con dolor
- El contacto con el paciente/cliente, usuario de muerte inminente por enfermedad grave
- El contacto con el paciente/cliente, usuario con enfermedad terminal
- El trato con pacientes/clientes, usuarios problemáticos, agresivos
- El contacto con el familiar por muerte del usuario/cliente tras accidente

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tipo de Tarea

- La presión temporal
- La urgencia del trabajo inmediato por situación grave
- Prioridad de tareas según demanda
- Recepción, acogida y clasificación de pacientes/clientes en urgencias según gravedad
- La inexperiencia en situaciones nuevas
- Atender a situaciones límites, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco
- Ritmo de trabajo elevado por sobrecarga laboral
- Aburrimiento por rutina y monotonía de la tarea
- Sobrecarga mental
- Falta de seguridad y autonomía en la toma de decisiones en cuestiones vitales
- Recepción, identificación y registro de datos administrativos del paciente/cliente
- El control de la tarea a realizar en situaciones graves
- Sufrir accidente biológico en el trabajo

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tipo de Ambiente – Contexto

- Carencia de personal adecuado para cubrir la unidad/servicio
- Ausencia de información sobre las tareas a realizar
- Continuas interrupciones por demanda de información de compañeros, familiares
- Aumento demanda de pacientes/clientes de raza/etnia diferente con la dificultad del idioma

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Valores y Creencias

- Implicación excesiva en la atención personal por vivencia de situaciones que pueden parecerse a la propia
- Escaso apoyo emocional al paciente/cliente o usuario
- Incongruencia entre los valores y creencias del profesional con las necesidades de la organización
- Incongruencia entre la tarea a realizar y valores personales
- Excesiva dedicación altruista
- Importancia otorgada al trabajo a realizar
- Importancia del status (trabajador, mando intermedio, supervisor, jefe servicio, director,

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 2. Factores Relación Interpersonal

### Comunicación

- Frustración por la ausencia de comunicación auténtica, espontánea y sincera
- Carencia de una comunicación directa, clara y rápida; asertiva y bidireccional
- Problema de comunicación con los compañeros y supervisores
- Problema de comunicación con los pacientes/clientes, usuarios y familiares
- Problemas de contacto directo con los familiares

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Relación de Grupo

- Ausencia de buenas relaciones interpersonales entre los compañeros
- Ausencia de buenas relaciones entre los compañeros y la dirección
- Ausencia de buenas relaciones interpersonales entre supervisores
- Ausencia de buenas relaciones y adaptación entre los compañeros y el trabajo
- Dificultades para trabajar con un compañero en particular de la misma unidad
- No disfrutar con las personas con las que trabaja
- Ausencia de colaboración para el trabajo en equipo

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Confianza

- Falta de confianza con la gente con la que trabaja: compañeros
- Falta de confianza con la gente con la que trabaja: supervisores
- Carencia de oportunidades para hablar sinceramente con los compañeros acerca de los problemas de la unidad/servicio
- Carencia de oportunidades para hablar sinceramente con los superiores acerca de los problemas de la unidad

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Sentimientos / expresión emocional

- Conflicto con los compañeros por tareas laborales
- Conflicto con los superiores por tareas laborales
- Dificultad o incapacidad para decir lo que se siente a compañeros, supervisores, usuarios
- Ausencia de Sentimiento de pertenencia en su trabajo
- Dificultad o incapacidad para decir lo que se siente a usuarios, familiares
- Sentimiento de aislamiento social, físico y psicológico

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Reconocimiento de afecto y valoración

- Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades
- Demostraciones físicas y verbales de afecto
- Sentimiento de ser valorado por sus compañeros en el trabajo
- Sentimiento de ser valorado por sus superiores en el trabajo
- Sentimiento de ser valorado por sus pacientes/clientes, usuarios en el trabajo

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Apoyo Social

- La falta de apoyo social del grupo de compañeros
- La falta de apoyo social de los superiores
- Búsqueda de contactos con compañeros, supervisores para vencer el aislamiento.
- Carencia de oportunidades para compartir experiencias con otros compañeros de la unidad
- Carencia de oportunidades para compartir experiencias con los supervisores de la unidad

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 3. Factores Organizacionales y Laborales

### Clima y Cultura Laboral

- Oportunidad de desarrollo de habilidades
- Conflicto de tareas
- Ambigüedad de tareas
- Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas. Función de liderazgo
- Percepción de organización saludable
- Acogida del profesional
- Promoción de la salud
- Accesibilidad de crítica dirigida a la dirección

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Planificación Organizacional

- La escasez de personal en momentos claves
- La escasa participación en la toma de decisiones
- Motivación en la realización de tareas
- Los recursos inadecuados
- La infrautilización de habilidades del profesional
- Rigidez en la aplicación de las normas
- Apoyo por un equipo de trabajo de compañeros-as o superiores
- Programas de compensación para los trabajadores
- La incongruencia organizacional respecto a las necesidades reales
- Posibilidad de cambio de unidad para trabajadores envejecidos
- Posibilidad de modificación de turnos para trabajadores envejecidos
- Oportunidades de descanso voluntario: excedencia, o reducción de jornada con decremento económico en la prestación por jubilación en los últimos años de vida laboral

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Contrato, Turnos y Horarios

- Tipo de contrato precario
- Subcontratación
- Empleados a tiempo parcial
- Sensación de inseguridad laboral por ausencia de estabilidad laboral
- Diseños de turnos
- Horarios de trabajo
- Rotación de turnos y trabajo nocturno

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Promoción y Desarrollo Profesional

- Perspectivas y Oportunidades de Promoción Profesional escasas
- Desarrollo profesional: formación continua, cursos, jornadas, conferencias
- Participación en los programas de investigación, el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad
- Formación continua incoherente, de poca utilidad para el puesto que desempeña
- Ausencia o pocas perspectivas profesionales
- Proceso de selección por movilidad horizontal interna, comisión o traslado deficitario y dilatación temporal

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### 4. Factores Personales

#### Auto percepción y auto concepto

- Percepción de ineficacia para reorganizar el trabajo en momentos críticos
- Necesidad de control y seguridad sobre la tarea a realizar
- Poseer recursos personales o estrategias de afrontamiento adecuadas
- Falta /ausencia de habilidades adecuadas para controlar una situación crítica
- Habilidades incongruentes con el tipo de tarea a realizar y demanda
- Falta de confianza en las tareas que desempeña
- Desmotivación y frustración
- Control de miedo
- Control de la ansiedad
- Baja tolerancia al fracaso y de confianza propia

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Aspectos cognitivos y perceptual

- Capacidad control pensamiento positivo ante situaciones críticas
- Concentración
- Memoria
- Toma de decisiones adecuadas
- Elaboración de la información

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Interacción Social

- Fomentar el interés por el bienestar laboral, personal y humano
- Establecer canales de comunicación bidireccional
- Fomentar valores prosociales y estrategias de convivencia

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 5. Habilidades

### Retos

- Capacidad de flexibilidad, promover y adaptarse al cambio ante nuevas situaciones
- Ver los cambios como retos y no como amenazas
- Capacidad de asumir riesgos y trabajar en ambiente de incertidumbre
- Preferencia por tareas que implican una experiencia nueva aunque suponga un mayor esfuerzo
- Atracción por aquellas situaciones que implican un desafío personal

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Competencias de Comunicación

- Acceso al uso de técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual
- Capacidad de comunicación oral y escrita
- Capacidad de relación interpersonal
- Capacidad de trabajo en equipo
- Capacidad para delegar
- Capacidad docente
- Habilidad dialogante, negociadora y diplomática
- Capacidad de motivar y estimular el compromiso

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Toma de decisiones

- Capacidad para tomar decisiones, poder elegir y/o escoger qué hacer, cómo y cuándo
- Capacidad de resolución de conflictos y de resolver
- Capacidad de organizar y planificar el trabajo en situaciones desbordantes
- Baja participación en la toma de decisiones en la tarea que ha de realizar

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Compromiso

- Capacidad de asumir compromiso con ciertas metas y objetivos
- Capacidad mejora continua, de aprender cosas nuevas o métodos nuevos

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 6. Competencias interpersonales

### A nivel individual

- Puntualidad
- Honradez, honestidad, sinceridad
- Responsabilidad
- Positivo
- Sensatez
- Discreción
- Disponibilidad y accesibilidad
- Creatividad, innovador, visión de futuro
- Colaborador, cooperador
- Resolutivo

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### A nivel cognitivo

- Capacidad de aprender, analizar y de juicio crítico
- Capacidad de análisis y síntesis
- Repertorio amplio de pensamiento y acción

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### A nivel social

- Orientación al paciente/cliente, respeto de los derechos de los usuarios
- Respeto y valoración del trabajo de los demás
- Sensibilidad a las necesidades de los demás

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Autocontrol de la conducta respecto

- A la gestión del tiempo
- A la gestión del estrés
- A la gestión del riesgo
- A la concentración
- A la confianza en uno mismo

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 7. Factores Recursos Tecnológicos Propios Profesión e Informática

Material propio de la Profesión: maquinaria

- Conocimiento previo de sistemas y equipos a utilizar
- Conocimiento y tecnología adecuada para la comunicación y la información
- Adaptación a situaciones nuevas y datos incoherentes
- Adecuación y mantenimiento o reparación de equipo
- Utilización de aparatos que producen incomodidad auditiva y comprensión de la palabra
- Aparatos obsoletos y mal-funcionantes que interfieren en la tarea
- Creencias de ineficacia en el uso de la tecnología y técnicas especiales

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Aparatos Informáticos

- Conocimientos de informática a nivel usuario
- Preocupación acerca de conocimientos técnicos y/o habilidades
- Tecnologías para la información y las comunicaciones
- Adecuación del uso de servicios tecnológicos
- Control de sistemas informáticos y digitales
- Introducción de nuevos instrumentos digitales, informáticos
- Grabar información en el ordenador, etc.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 8. Factores Relacionados con la Gestión y Administración

Propios de la unidad

- Procesos de Gestión de la Unidad
- Registro de datos administrativos, en el correspondiente sistema de información.
- Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico asistencial generada
- Utilización de cuestionarios de petición de pruebas
- Utilización de cuestionarios y documentos
- Gestión de ambulancias: control y autorización de altas y de traslados
- Estandarización de los procesos y la burocracia profesional
- Duplicidad de información en situaciones de sobrecarga laboral
- Burocracia inter-administrativa excesiva

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

De la Relación con el cliente interno (otras unidades)

- Conocimientos básicos en gestión de recursos
- Gestión del tiempo en el proceso de gestión de camas: ingreso hospitalario
- Burocracia inter-administrativa excesiva
- Cumplimentación de partes de lesiones al Juzgado de Guardia o Partes de defunción y demás protocolos específicos como violencia de género, asistencia a menores, etc.
- Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarias con otras unidades: hospitalización, consultas externas, emergencias, otros hospitales
- Colaboración con el área de gestión de la organización en la recogida de datos para la facturación
- Burocracia profesionalizada: petición pruebas en general, pedidos, mantenimiento, etc.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 9. Factores Ambientales (ambiente físico en el trabajo)

Diseño del entorno

- Espacio
- Comodidad
- Ubicación material
- Ausencia de privacidad del puesto
- Mantenimiento y reparación de instalaciones, mobiliario
- Barreras para eliminar o mitigar los riesgos en el lugar de trabajo
- Eliminación de obstáculos para el acceso a las instalaciones del personal o usuarios con minusvalías
- Ausencia de salas para atender a familiares
- Ausencia de salas para descanso de personal

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Iluminación

- Luz artificial
- Falta de luz o luz muy brillante

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ventilación

- Olores
- Falta de ventilación

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Temperatura

- No encontrar un nivel adecuado de temperatura por aire acondicionado
- Microclima
- Aire contaminado

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ruidos

- Sonido elevado de sistemas de comunicación
- Vibraciones continuas de aparatos tecnológicos, eléctrico, informático, etc.
- Ruidos por mal funcionamiento del mobiliario tecnológico

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Exposición a Riesgos Laborales

- Químicos
- Biológicos
- Solventes orgánicos
- Emisión de gases
- Manipulación de medicamentos
- Radiaciones

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 10. Factores Psicosociales extralaborales

Duelo (pérdida emocional)

- Duelo familiar
- Muerte de una compañero o amigo cercano
- Divorcio
- Separación conyugal

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Salud

- Problemas de salud personal o familiar
- Enfermedad y muerte de amigo
- Cambios repentinos de estado de salud de familiar cercano
- Enfermedad grave de familiar
- Problema mental de familiar o de amigo cercano
- Enfermedad crónica /grave de familiar
- Enfermedad crónica/grave de amigo cercano
- Cuidado de familiares dependientes por enfermedad

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Interacción Socio-Familiar

- Carencia de oportunidades para compartir experiencias laborales con los amigos
- Carencia de oportunidades para hablar sinceramente con los amigos acerca de los problemas de la unidad
- Carencia de oportunidades para hablar sinceramente con los familiares acerca de los problemas laborales
- Carencia de oportunidades para compartir experiencias laborales con los familiares
- Pertenencia a grupo de referencia ético, moral y espiritual
- Estrés doméstico por duplicidad laboral
- Dedicar tiempo personal para estudiar euskera
- Discutir con un familiar o amigo cercano
- Pérdida de confianza de familiar o amigo cercano
- Problemas escolares en el hogar
- Problemas familiares por cuidado de los hijos
- Problemas de conciliación familiar para acudir a cursos, jornadas fuera del horario laboral

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- Problemas de relaciones interpersonales en el hogar
- Tener problemas con los amigos
- Conflictos de pareja y matrimoniales
- Problemas de relaciones interpersonales en el ambiente social de convivencia

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Laboral

- Cambio de puesto de trabajo
- Inestabilidad laboral
- Cambios continuos de servicio/unidad
- Pérdida de trabajo propio
- Denegación traslado a otro centro
- Pérdida del trabajo del cónyuge/pareja
- Dificultades en el trabajo

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Peligro

- Sufrir accidente de automóvil
- Sufrir robo con agresión
- Sufrir una agresión psicológica
- Sufrir un accidente biológico
- Accidente de tráfico de familiar o amigo cercano

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Economía

- Situación económica precaria
- Problemas en el pago de la vivienda
- Sueldo escaso
- Pagos pendientes por ausencia de ingresos

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Transporte

- Problemas de medios de transporte de acercamiento al entorno laboral
- Disponer de vehículo propio
- Problemas de horarios con los medios de transporte

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Anexo 1.8. Cuestionario estilos Afrontamiento ante situaciones de estrés (CAE)

**Instrucciones:** A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor indique el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el año pasado).

| 0     | 1           | 2       | 3              | 4            |
|-------|-------------|---------|----------------|--------------|
| Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |

### ¿Cómo se ha comportado *habitualmente* ante situaciones de estrés?

|     |                                                                                   |   |   |   |   |   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1.  | Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.  | Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.  | Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.  | Descargué mi mal humor con los demás                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.  | Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.  | Le conté a familiares o amigos cómo me sentía                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.  | Asistí a la Iglesia                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.  | Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.  | No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Intenté sacar algo positivo del problema                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Insulté a ciertas personas                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Comprendí que yo fui el principal causante del problema                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Me comporté de forma hostil con los demás                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Agredí a algunas personas                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Procuré no pensar en el problema                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Tuve fe en que Dios remediaría la situación                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Me irrité con alguna gente                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|            |                                                                                             |          |          |          |          |          |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>33.</b> | Practiqué algún deporte para olvidarme del problema                                         | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>34.</b> | Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir           | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>35.</b> | Recé                                                                                        | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>36.</b> | Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema                         | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>37.</b> | Me resigné a aceptar las cosas como eran                                                    | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>38.</b> | Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor                         | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>39.</b> | Luché y me desahugué expresando mis sentimientos                                            | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>40.</b> | Intenté olvidarme de todo                                                                   | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>41.</b> | Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>42.</b> | Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar                                                 | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |

## Anexo 1.9. Maslach Burnout Inventory (MBI)

**Instrucciones:** aquí tiene una lista de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los usuarios los que se proporciona la atención. Registre en la columna de la derecha el valor en función de los valores que a continuación se presentan.

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 0 | Nunca                           |
| 1 | Pocas veces al año o menos      |
| 2 | Una vez al mes o menos          |
| 3 | Unas pocas veces al mes o menos |
| 4 | Una vez a la semana             |
| 5 | Pocas veces a la semana         |
| 6 | Todos los días                  |

|                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes/clientes.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Trato a algunos pacientes/clientes como si fueran objetos impersonales.          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes/clientes.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Me siento “quemado” por mi trabajo.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión/tarea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Me siento muy activo.                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me siento frustrado en mi trabajo.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Creo que estoy trabajando demasiado.                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes/clientes.             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes/clientes.       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes/clientes.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión/tarea.                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Me siento acabado.                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Siento que los pacientes/clientes me culpan por alguno de sus problemas         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## Anexo 1.10. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

**Instrucciones.** Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante contestar **TODAS** las preguntas.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

### A. Síntomas Somáticos

---

#### A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

---

- ☐ Mejor que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Peor que lo habitual
- ☐ Mucho peor que lo habitual

---

#### A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

#### A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

#### A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

#### A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

#### A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

#### A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

## B. Ansiedad e insomnio

---

### B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

### B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

### B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

### B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

### B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

### B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

### B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

## C. Disfunción Social

---

### C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

---

- ☐ Más activo que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Bastante menos que lo habitual
- ☐ Mucho menos que lo habitual

---

**C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**

---

- ☐ Menos tiempo que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Más tiempo que lo habitual
- ☐ Mucho más tiempo que lo habitual

---

**C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**

---

- ☐ Mejor que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Peor que lo habitual
- ☐ Mucho peor que lo habitual

---

**C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?**

---

- ☐ Más satisfecho que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Menos satisfecho que lo habitual
- ☐ Mucho menos satisfecho que lo habitual

---

**C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?**

---

- ☐ Más útil que lo habitual
- ☐ Igual de útil que lo habitual
- ☐ Menos útil que lo habitual
- ☐ Mucho menos útil que lo habitual

---

**C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

---

- ☐ Más que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Menos que lo habitual
- ☐ Mucho menos que lo habitual

---

**C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales cada día?**

---

- ☐ Más que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Menos que lo habitual
- ☐ Mucho menos que lo habitual

**D. Depresión grave**

---

**D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?**

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

**D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

---

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

---

**D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

---

- ☐ No, en absoluto
  - ☐ No más que lo habitual
  - ☐ Bastante más que lo habitual
  - ☐ Mucho más que lo habitual
- 

**D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

---

- ☐ No, en absoluto
  - ☐ No más que lo habitual
  - ☐ Bastante más que lo habitual
  - ☐ Mucho más que lo habitual
- 

**D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?**

---

- ☐ No, en absoluto
  - ☐ No más que lo habitual
  - ☐ Bastante más que lo habitual
  - ☐ Mucho más que lo habitual
- 

**D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?**

---

- ☐ No, en absoluto
  - ☐ No más que lo habitual
  - ☐ Bastante más que lo habitual
  - ☐ Mucho más que lo habitual
- 

**D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

---

- ☐ Claramente, no
  - ☐ Me parece que no
  - ☐ Se me ha cruzado por la mente
  - ☐ Claramente, lo he pensado
-

## Anexo 1.11. Utrech Work Engagement Survey Scale o Escala de Bienestar en el Trabajo (UWES-17)

**Instrucciones.** Las siguientes preguntas se refieren a sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste “0” (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6).

| Nunca       | Casi nunca         | Algunas veces          | Regularmente       | Bastantes veces    | Casi siempre           | Siempre        |
|-------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|----------------|
| 0           | 1                  | 2                      | 3                  | 4                  | 5                      | 6              |
| Ninguna vez | Pocas veces al año | Una vez al mes o menos | Pocas veces al mes | Una vez por semana | Pocas veces por semana | Todos los días |

|     |                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.  | En mi trabajo me siento lleno-a de energía                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2.  | Mi trabajo tiene sentido y propósito                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3.  | El tiempo “vuela” cuando estoy trabajando                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4.  | Soy fuerte y vigoroso-a en mi trabajo                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5.  | Estoy entusiasmado-a con mi trabajo                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6.  | Cuando estoy trabajando “olvido” todo lo que pasa alrededor de mi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7.  | Mi trabajo me inspira                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8.  | Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9.  | Soy feliz cuando estoy absorto-a en mi trabajo                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | Estoy orgulloso-a del trabajo que hago                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | Estoy inmerso-a en mi trabajo                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. | Mi trabajo es retador                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | Me “dejo llevar” por mi trabajo                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. | Soy persistente en mi trabajo                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. | Me es difícil “desconectar” del trabajo                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. | Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## Anexo 1.12. Escala Ipsativa de Percepción de Organización Saludable

**Instrucciones.** Este cuestionario tiene como principal objetivo evaluar el grado de importancia que los trabajadores otorgan a la salud organizacional. A continuación ordene los siguientes elementos según la importancia que para Vd. tengan para que una empresa sea considerada como saludable, siendo el 1 de mayor importancia, 2 el segundo en importancia, y sucesivamente hasta 10, el de menor importancia

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| • La igualdad entre trabajadores y la no discriminación                               |  |
| • El reconocimiento de los méritos en el trabajo y su recompensa justa y equitativa   |  |
| • La lealtad mutua entre empresa y empleado, y la identificación de objetivos comunes |  |
| • La autonomía y responsabilidad en el desarrollo de las tareas laborales             |  |
| • La formación y el desarrollo de competencias para el futuro                         |  |
| • La participación de todos los miembros de la empresa en la organización del trabajo |  |
| • La seguridad y estabilidad en el empleo                                             |  |
| • Las condiciones saludables y de seguridad en el entorno laboral                     |  |
| • La fortaleza competitiva de la empresa                                              |  |
| • La implicación y la motivación de los trabajadores                                  |  |

**INKESTAREN AMAIERA**

**MILA ESKER PARTE HARTZEAGATIK**

**FIN DE LA ENCUESTA**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Anexo 2.** Estadísticos Descriptivos de variables sociodemográficas, sociolaborales, estado de salud, hábitos de consumo y ocio y estado de ánimo.

Tabla 2.1

*Distribución de la muestra por grupos (n = 260)*

| Variables |             | Categoría Profesional |       |                 |       |                 |       |                     |       |
|-----------|-------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|---------------------|-------|
|           |             | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est.aux. enfermería |       |
| N / %     | (n = 260)   | (n = 113)             | 43.5% | (n = 68)        | 26.2% | (n = 54)        | 20.8% | (n = 25)            | 9.6%  |
| Hospital  | Total       |                       |       |                 |       |                 |       |                     |       |
| HospBas   | 147 / 56.5% | 62                    | 54.9% | 41              | 60.3% | 41              | 75.9% | 3                   | 12.0% |
| HospGal   | 113/ 43.5 % | 51                    | 45.1% | 27              | 39.7% | 13              | 24.1% | 22                  | 88.0% |

*Nota:* HospBas = Hospital Universitario de Basurto; HospGal = Hospital de Galdakao-Usansolo.

Tabla 2.2

*Descripción de las características sociodemográficas (n = 260)*

| Variables                              | Categoría Profesional |       |                 |       |                 |       |                      |       |
|----------------------------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|----------------------|-------|
|                                        | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est. aux. enfermería |       |
| Profesión (N. %)                       | 113                   | 43.5% | 68              | 26.2% | 54              | 20.8% | 25                   | 9.6%  |
| <i>Género</i>                          |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| hombre                                 | 14                    | 12.4% | 3               | 4.4%  | 11              | 20.4% | 2                    | 8.0%  |
| mujer                                  | 99                    | 87.6% | 65              | 95.6% | 43              | 79.6% | 23                   | 92.0% |
| <i>Edad (media.dt)</i>                 | 38.51                 | 9.14  | 46.47           | 7.53  | 23.30           | 5.47  | 23.96                | 9.55  |
| <i>Estado Civil</i>                    |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| casado                                 | 67                    | 59.8% | 41              | 60.3% | 13              | 24.1% | 10                   | 40.0% |
| separado                               | 11                    | 9.8%  | 10              | 14.7% | 3               | 5.6%  | 0                    | 0.0%  |
| soltero                                | 34                    | 30.1% | 17              | 25.0% | 37              | 68.5% | 15                   | 60.0% |
| viudo                                  | 1                     | 0.9%  | 0               | 0.0%  | 1               | 0.9%  | 0                    | 0.0%  |
| <i>Provincia residencia</i>            |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| Gasteiz                                | 7                     | 6.2%  | 1               | 1.5%  | 6               | 11.1% | 1                    | 4.0%  |
| Bikaia                                 | 102                   | 90.3% | 67              | 98.5% | 46              | 85.2% | 24                   | 96.0% |
| Gipuzkoa                               | 3                     | 2.7%  | 0               | 0.0%  | 1               | 1.9%  | 0                    | 0.0%  |
| Cantabria                              | 1                     | 0.9%  | 0               | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0                    | 0.0%  |
| Burgos                                 | 0                     | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0                    | 0.0%  |
| La Rioja                               | 0                     | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 1               | 1.9%  | 0                    | 0.0%  |
| <i>NºHijos (media.dt)</i>              | 0.66                  | 0.92  | 1.00            | 1.30  | 0.02            | 0.14  | 0.16                 | 0.47  |
| <i>NºPersonas conviven en el hogar</i> |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| (media.dt)                             | 2.73                  | 1.16  | 2.83            | 1.16  | 3.53            | 1.22  | 3.84                 | 1.25  |
| <i>Formación Continua</i>              |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| Sí                                     | 63                    | 55.8% | 41              | 60.3% | 17              | 31.5% | 21                   | 84.0% |
| No                                     | 50                    | 44.2% | 27              | 39.7% | 37              | 68.5% | 4                    | 16.0% |
| <i>Formación</i>                       |                       |       |                 |       |                 |       |                      |       |
| Ninguno                                | 51                    | 45.1% | 28              | 41.2% | 39              | 72.2% | 5                    | 20.0% |
| C. Formación                           | 41                    | 36.3% | 25              | 36.8% | 3               | 5.6%  | 8                    | 32.0% |
| Informática                            | 1                     | 0.9%  | 3               | 4.4%  | 0               | 0.0%  | 0                    | 0.0%  |
| Euskera                                | 14                    | 12.4% | 10              | 14.7% | 6               | 11.1% | 6                    | 24.0% |
| Otros                                  | 6                     | 5.3%  | 2               | 2.9%  | 6               | 11.1% | 6                    | 24.0% |

Tabla 2.3

*Descripción de características de variables de unidad de la organización (n = 260)*

| <i>Variables</i>            | Categoría Profesional |       |                 |       |                |       |                  |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|
|                             | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est.enfermería |       | Est.aux.enfermer |       |
| <i>Unidad</i>               |                       |       |                 |       |                |       |                  |       |
| Serv. especiales            | 62                    | 54.9% | 39              | 57.4% | 20             | 37.0% | 3                | 12.0% |
| Hospitalización             | 51                    | 45.1% | 29              | 42.6% | 34             | 63.0% | 22               | 88.0% |
| <i>Servicios Especiales</i> |                       |       |                 |       |                |       |                  |       |
| Hemodiálisis                | 3                     | 4.8%  | 4               | 5.9%  | 1              | 6.3%  | 1                | 33.3% |
| Hemodinámica                | 3                     | 4.8%  | 1               | 2.6%  | 0              | 0.0%  | 0                | 0.0%  |
| Reanimación                 | 4                     | 6.5%  | 5               | 12.8% | 5              | 31.3% | 0                | 0.0%  |
| UCA/UCSI                    | 5                     | 8.1%  | 0               | 0.0%  | 0              | 0.0%  | 1                | 33.3% |
| UCI/Coronaria               | 11                    | 17.7% | 5               | 12.8% | 3              | 18.8% | 0                | 0.0%  |
| Urgencias                   | 33                    | 53.2% | 24              | 61.5% | 7              | 43.8% | 0                | 0.0%  |
| Urpa                        | 3                     | 4.8%  | 0               | 0.0%  | 0              | 0.0%  | 1                | 33.3% |
| Otros                       | 0                     | 0.0%  | 1               | 2.6%  | 0              | 0.0%  | 0                | 0.0%  |
| <i>Hospitalización</i>      |                       |       |                 |       |                |       |                  |       |
| Cardiología                 | 3                     | 6.0%  | 5               | 17.2% | 6              | 15.8% | 5                | 25.0% |
| Cirugía                     | 3                     | 6.0%  | 5               | 17.2% | 11             | 28.9% | 1                | 5.0%  |
| Cirugía vascular            | 5                     | 10.0% | 2               | 6.9%  | 2              | 5.3%  | 0                | 0.0%  |
| Ginecología                 | 2                     | 4.0%  | 0               | 0.0%  | 0              | 0.0%  | 0                | 0.0%  |
| Infecciosas                 | 3                     | 6.0%  | 1               | 3.4%  | 1              | 2.6%  | 2                | 10.0% |
| Medicina interna            | 3                     | 6.0%  | 1               | 3.4%  | 7              | 18.4% | 7                | 35.0% |
| Neurología                  | 4                     | 8.0%  | 2               | 6.9%  | 0              | 0.0%  | 1                | 5.0%  |
| Psiquiatría                 | 0                     | 0.0%  | 4               | 13.8% | 5              | 13.2% | 0                | 0.0%  |
| Policlínica                 | 9                     | 18.0% | 5               | 17.2% | 1              | 2.6%  | 0                | 0.0%  |
| Respiratorio                | 3                     | 6.0%  | 0               | 0.0%  | 0              | 0.0%  | 1                | 5.0%  |
| Traumatología               | 12                    | 24.0% | 4               | 13.8% | 4              | 10.5% | 2                | 10.0% |
| Urología                    | 3                     | 6.0%  | 0               | 0.0%  | 1              | 2.6%  | 1                | 5.0%  |

Tabla 2.4

Descripción de características de variables laborales (n = 260)

| Variables                    | Categoría Profesional |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
|------------------------------|-----------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|---------------------|--------|--|
|                              | Enfermeras            |        | Aux. enfermería |        | Est. enfermería |        | Est.aux. enfermería |        |  |
| <i>Antigüedad (media.dt)</i> |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| Activo(meses)                | 1130.60               | 653.39 | 1233.68         | 650.78 |                 |        |                     |        |  |
| En Prácticas                 |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| <i>Relación laboral</i>      |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| Fijos                        | 54                    | 47.8   | 35              | 51.5   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| Interino                     | 18                    | 15.9   | 3               | 4.4    | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| Temporal                     | 41                    | 36.3   | 30              | 44.1   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| Est.Prácticas                | 0                     | 0.0%   | 0               | 0.0%   | 54              | 100.0% | 25                  | 100.0% |  |
| <i>Turno</i>                 |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| Mañana                       | 11                    | 9.7%   | 3               | 4.4%   | 48              | 88.9%  | 18                  | 72.0%  |  |
| Tarde                        | 3                     | 2.7%   | 3               | 4.4%   | 1               | 1.9%   | 1                   | 4.0%   |  |
| Mañana-Tarde                 | 17                    | 15.0%  | 5               | 7.4%   | 5               | 9.3%   | 5                   | 20.0%  |  |
| Mñ-Tarde-Nc                  | 81                    | 71.7%  | 57              | 83.8%  | 0               | 0.0%   | 1                   | 4.0%   |  |
| Noche                        | 1                     | 0.9%   | 0               | 0.0%   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| <i>Trab. cara público</i>    |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| SI                           | 113                   | 100.0% | 68              | 100.0% | 54              | 100.0% | 25                  | 100.0% |  |
| NO                           | 0                     | 0.0%   | 0               | 0.0%   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| <i>Trab. en grupo</i>        |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| SI                           | 113                   | 100.0% | 68              | 100.0% | 54              | 100.0% | 25                  | 100.0% |  |
| NO                           | 0                     | 0.0%   | 0               | 0.0%   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| <i>Relac. cliente</i>        |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| Buena                        | 93                    | 82.3%  | 53              | 77.9%  | 48              | 88.9%  | 23                  | 92.0%  |  |
| Difícil                      | 4                     | 3.5%   | 1               | 1.5%   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| Según estado salud cliente   | 16                    | 14.2%  | 14              | 20.6%  | 6               | 11.1%  | 2                   | 8.0%   |  |
| <i>Tipo jornada</i>          |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| Completa                     | 91                    | 80.5%  | 57              | 83.8%  | 50              | 92.6%  | 25                  | 100.0% |  |
| Reducida                     | 19                    | 16.8%  | 8               | 11.8%  | 4               | 7.4%   | 0                   | 0.0%   |  |
| Otros                        | 3                     | 2.7%   | 2               | 2.9%   | 0               | 0.0%   | 0                   | 0.0%   |  |
| <i>Exc.voluntaria</i>        |                       |        |                 |        |                 |        |                     |        |  |
| SI                           | 7                     | 6.2%   | 4               | 5.9%   |                 |        |                     |        |  |
| NO                           | 105                   | 92.2%  | 64              | 94.1%  |                 |        |                     |        |  |
| NC                           | 1                     | 5.9%   |                 |        |                 |        |                     |        |  |

Tabla 2.5

*Descripción de las características de valoración profesional y conciliación vida laboral (n = 260)*

| Variables                     | Categoría Profesional |       |                 |       |                 |       |                    |       |  |
|-------------------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|--------------------|-------|--|
|                               | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est. aux. enfermer |       |  |
| <i>Valoración experiencia</i> |                       |       |                 |       |                 |       |                    |       |  |
| Poco satisfactoria            | 3                     | 2.7%  | 1               | 1.5%  | 1               | 1.9%  | 1                  | 4.0%  |  |
| Satisfactoria                 | 81                    | 71.7% | 50              | 73.5% | 28              | 51.9% | 10                 | 40.0% |  |
| Muy satisfactoria             | 29                    | 25.7% | 17              | 25.0% | 25              | 46.3% | 14                 | 56.0% |  |
| <i>Traslado servicio</i>      |                       |       |                 |       |                 |       |                    |       |  |
| Sí                            | 36                    | 31.9% | 18              | 26.5% | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| No                            | 77                    | 68.1% | 50              | 73.5% | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| <i>Reducción jornada</i>      |                       |       |                 |       |                 |       |                    |       |  |
| Sí                            | 29                    | 25.7% | 19              | 27.9% | 0               | .0%   | 0                  | 0.0%  |  |
| No                            | 82                    | 72.6% | 49              | 72.1% | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| NC                            | 1                     | 0.9%  | 0               | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| <i>Abandono profesión</i>     |                       |       |                 |       |                 |       |                    |       |  |
| Sí                            | 12                    | 10.6% | 3               | 4.4%  | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| No                            | 101                   | 89.4% | 65              | 95.6% | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| <i>Cambio horario</i>         |                       |       |                 |       |                 |       |                    |       |  |
| Sí                            | 43                    | 38.1% | 22              | 32.4% | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |
| No                            | 70                    | 61.9% | 46              | 67.6% | 0               | 0.0%  | 0                  | 0.0%  |  |

Tabla 2.6

*Descripción de características de variables de salud (n = 260)*

| Variables                           | Categoría profesional |        |                 |       |                 |       |                   |       |  |
|-------------------------------------|-----------------------|--------|-----------------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|--|
|                                     | Enfermeras            |        | Aux. enfermería |       | Est. enfermería |       | Est. aux.enfermer |       |  |
| <i>Enferm Crónica/Incapacitante</i> |                       |        |                 |       |                 |       |                   |       |  |
| Sí                                  | 10                    | 8.8%   | 9               | 13.2% | 5               | 9.3%  | 1                 | 4.0%  |  |
| No                                  | 103                   | 91.2%  | 59              | 86.8% | 49              | 90.7% | 24                | 96.0% |  |
| <i>Baja médica/enfermedad</i>       |                       |        |                 |       |                 |       |                   |       |  |
| Sí                                  | 39                    | 34.5%  | 30              | 44.1% | 19              | 35.2% | 7                 | 28.0% |  |
| No                                  | 74                    | 65.5%  | 38              | 55.9% | 35              | 64.8% | 18                | 72.0% |  |
| <i>Indicar tiempo Baja Médica</i>   |                       |        |                 |       |                 |       |                   |       |  |
| (media.dt)                          | 133.83                | 44.18% | 27.88           | 70.29 | 1.38            | 2.39  | 2.12              | 5.09  |  |
| <i>Est.salud por trabajo</i>        |                       |        |                 |       |                 |       |                   |       |  |
| Sí                                  | 68                    | 60.2%  | 39              | 57.4% | 15              | 27.8% | 5                 | 20.0% |  |
| No                                  | 45                    | 39.8%  | 29              | 42.6% | 39              | 72.2% | 20                | 80.0% |  |
| <i>Tipo enfermedad</i>              |                       |        |                 |       |                 |       |                   |       |  |
| Ninguno                             | 45                    | 39.8%  | 29              | 42.6% | 39              | 72.2% | 20                | 80.0% |  |
| Cansancio                           | 50                    | 44.2%  | 22              | 32.4% | 12              | 22.2% | 5                 | 20.0% |  |
| Fatiga                              | 2                     | 1.8%   | 4               | 5.9%  | 0               | 0.0%  | 0                 | 0.0%  |  |
| Dolores                             | 12                    | 10.6%  | 7               | 10.3% | 1               | 1.9%  | 0                 | 0.0%  |  |
| Irritabilidad                       | 1                     | 0.9%   | 2               | 2.9%  | 0               | 0.0%  | 0                 | 0.0%  |  |
| Dific. concentr                     | 0                     | 0.0%   | 0               | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0                 | 0.0%  |  |
| Probl memoria                       | 0                     | 0.0%   | 0               | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0                 | 0.0%  |  |
| Ansiedad                            | 2                     | 1.8%   | 2               | 2.9%  | 1               | 1.9%  | 0                 | 0.0%  |  |
| Otros                               | 1                     | 0.9%   | 2               | 2.9%  | 1               | 1.9%  | 0                 | 0.0%  |  |

Tabla 2.7

Descripción de las características de variables de consumo y de ocio (n = 260)

| Variables                 | Categoría profesional |       |                 |       |      |       |                      |       |
|---------------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------|------|-------|----------------------|-------|
|                           | Enfermeras            |       | Aux. enfermería |       | Est. |       | Est. aux. enfermería |       |
| Consumo tabaco            |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Sí                        | 24                    | 21.2% | 28              | 41.2% | 11   | 20.4% | 8                    | 32.0% |
| No                        | 89                    | 78.8% | 40              | 58.8% | 43   | 79.6% | 17                   | 68.0% |
| Consumo fármaco           |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Sí                        | 27                    | 24.1% | 15              | 22.1% | 12   | 22.2% | 3                    | 12.0% |
| No                        | 84                    | 75.0% | 53              | 77.9% | 42   | 77.8% | 22                   | 88.0% |
| Otro tip consumo          |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Sí                        | 86                    | 76.1% | 57              | 83.8% | 42   | 77.8% | 17                   | 68.0% |
| No                        | 27                    | 23.9% | 11              | 16.2% | 12   | 22.2% | 8                    | 32.0% |
| Indicar tipo consumo      |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Ninguno                   | 25                    | 22.1% | 11              | 16.2% | 12   | 22.2% | 8                    | 32.0% |
| café                      | 66                    | 58.4% | 49              | 72.1% | 27   | 50.0% | 8                    | 32.0% |
| alcohol                   | 6                     | 5.3%  | 3               | 4.4%  | 10   | 18.5% | 2                    | 8.0%  |
| bebidas refrescantes      | 8                     | 7.1%  | 3               | 4.4%  | 4    | 7.4%  | 5                    | 20.0% |
| chocolate                 | 8                     | 7.1%  | 2               | 2.9%  | 0    | 0.0%  | 2                    | 8.0%  |
| otros                     | 0                     | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 1    | 1.9%  | 0                    | 0.0%  |
| Part. asociación          |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Sí                        | 9                     | 8.0%  | 6               | 9.0%  | 7    | 13.0% | 2                    | 8.0%  |
| No                        | 104                   | 92.0% | 61              | 91.0% | 47   | 87.0% | 23                   | 92.0% |
| Indicar horas/semana Asoc |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| (media.dt)                | 5                     | 4.535 | 8               | 9.24  | 3.42 | 2.63  | 4.5                  | 4.94  |
| Indicar horas/semana Depo |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| (media.dt)                | 5.28                  | 4.78  | 7.9             | 5.56  | 5.51 | 3.69  | 5.72                 | 2.61  |
| Deporte/Ocio              |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Sí                        | 63                    | 56.3% | 35              | 52.2% | 31   | 57.4% | 12                   | 48.0% |
| No                        | 49                    | 43.8% | 32              | 47.8% | 23   | 42.6% | 13                   | 52.0% |
| Realiza otro tipo oci     |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Sí                        | 111                   | 44.8% | 62              | 25.0% | 51   | 20.6% | 24                   | 9.7%  |
| No                        | 2                     | 16.7% | 6               | 50.0% | 3    | 25.0% | 1                    | 8.3%  |
| Tipo ocio                 |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Ninguno                   | 2                     | 1.8%  | 7               | 10.3% | 3    | 5.6%  | 1                    | 4.0%  |
| Lectura                   | 76                    | 67.3% | 51              | 75.0% | 24   | 44.4% | 5                    | 20.0% |
| Oír música                | 5                     | 4.4%  | 5               | 7.4%  | 16   | 29.6% | 12                   | 48.0% |
| teatro                    | 0                     | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0    | 0.0%  | 0                    | 0.0%  |
| cine                      | 6                     | 5.3%  | 3               | 4.4%  | 4    | 7.4%  | 1                    | 4.0%  |
| Salir c/ amigos           | 21                    | 18.6% | 2               | 2.9%  | 6    | 11.1% | 4                    | 16.0% |
| Manualidades              | 0                     | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 0    | 0.0%  | 0                    | 0.0%  |
| Juegos Azar               | 0                     | 0.0%  | 0               | 0.0%  | 1    | 1.9%  | 0                    | 0.0%  |
| Otros                     | 3                     | 2.7%  | 0               | 0.0%  | 0    | 0.0%  | 2                    | 8.0%  |
| Sit. económica            |                       |       |                 |       |      |       |                      |       |
| Poco Satisfactoria        | 14                    | 12.4% | 18              | 26.5% | 16   | 29.6% | 7                    | 28.0% |
| Satisfactoria             | 90                    | 79.6% | 47              | 69.1% | 34   | 63.0% | 14                   | 56.0% |
| Muy Satisfactoria         | 9                     | 8.0%  | 3               | 4.4%  | 4    | 7.4%  | 3                    | 12.0% |

Tabla 2.8

*Características del estado de ánimo de la muestra*

| Estado Ánimo  | <i>n</i> = 260 | %    |
|---------------|----------------|------|
| Animada-o     | 130            | 50.0 |
| Alegre        | 114            | 43.8 |
| Activa-o      | 114            | 43.8 |
| Cansada-o     | 110            | 42.3 |
| Luchador-ra   | 102            | 39.2 |
| Comprensiva-o | 78             | 30.0 |
| Servicial     | 69             | 26.5 |
| Relajada-o    | 58             | 22.3 |
| Enérgica-o    | 57             | 21.9 |
| Intranquila-o | 47             | 18.1 |
| Inquieta-o    | 44             | 16.9 |
| Confiada-o    | 41             | 15.8 |
| Tensa-o       | 37             | 14.2 |
| Indecisa-o    | 36             | 13.8 |
| Agotada-o     | 27             | 10.4 |
| Fatigada-o    | 24             | 9.2  |
| Irritable     | 21             | 8.1  |
| Triste        | 20             | 7.7  |
| Molesta-o     | 14             | 5.4  |
| Sola-o        | 14             | 5.4  |
| Vigorosa-o    | 14             | 5.4  |
| Confundida-o  | 14             | 5.4  |
| Débil         | 12             | 4.6  |
| Enfadada-o    | 7              | 2.7  |
| Aturdida-o    | 6              | 2.3  |
| Deprimida-o   | 5              | 1.9  |
| Agitada-o     | 5              | 1.9  |
| Exhausta-o    | 5              | 1.9  |
| Enojada-o     | 4              | 1.5  |
| Desesperada-o | 4              | 1.5  |
| Furiosa-o     | 3              | 1.2  |
| Infeliz       | 2              | 0.8  |

### Anexo 3. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas según las categorías.

Tabla 3.1

*Estadísticos descriptivos de la prueba IFPOS. Puntuaciones medias (n = 260)*

| MacroFactores                   | Muestra total<br>(n = 260) |       |       | Enfermeras<br>(n = 113) |       | Aux.enfermería<br>(n = 68) |       | Est.enfermeras<br>(n = 54) |       | Est.aux.enferm<br>(n = 25) |       |
|---------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
|                                 | n                          | media | dt    | media                   | dt    | media                      | dt    | media                      | dt    | media                      | dt    |
| FACTOR 1                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Capacidades organizativas       | 259                        | 1.43  | 1.014 | 1.42                    | 0.944 | 1.20                       | 0.934 | 1.50                       | 1.013 | 1.98                       | 1.346 |
| Adaptación retos                | 257                        | 1.54  | 0.974 | 1.59                    | 0.935 | 1.34                       | 0.981 | 1.51                       | 0.884 | 2.00                       | 1.193 |
| Capacidad comunicación          | 258                        | 1.47  | 0.925 | 1.59                    | 0.935 | 1.34                       | 0.981 | 1.51                       | 0.884 | 2.00                       | 1.193 |
| Competencias interpersonales    | 258                        | 1.28  | 1.224 | 1.17                    | 1.107 | 1.21                       | 1.188 | 1.13                       | 1.217 | 2.28                       | 1.465 |
| Autocontrol                     | 259                        | 1.53  | 1.093 | 1.60                    | 1.027 | 1.30                       | 1.138 | 1.49                       | 1.031 | 1.95                       | 1.292 |
| Adaptacion nuevas tecnologías   | 260                        | 1.46  | 1.046 | 1.49                    | 0.953 | 1.41                       | 1.119 | 1.26                       | 1.038 | 1.89                       | 1.176 |
| Formación recursos propios      | 260                        | 1.64  | 0.967 | 1.63                    | 0.907 | 1.45                       | 1.012 | 1.76                       | 0.901 | 1.95                       | 1.168 |
| FACTOR 2                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Inseguridad contractual         | 255                        | 2.02  | 1.317 | 1.94                    | 1.366 | 1.99                       | 1.401 | 2.21                       | 1.232 | 2.02                       | 0.979 |
| Macroestresores laborales       | 257                        | 1.71  | 1.297 | 1.58                    | 1.259 | 1.83                       | 1.316 | 1.90                       | 1.319 | 1.56                       | 1.364 |
| Situación amenazante            | 254                        | 1.50  | 1.409 | 1.27                    | 1.361 | 1.58                       | 1.463 | 1.81                       | 1.434 | 1.62                       | 1.329 |
| Estrés domestico                | 257                        | 1.38  | 1.069 | 1.38                    | 1.043 | 1.52                       | 1.163 | 1.32                       | 1.079 | 1.19                       | 0.886 |
| Carencia relación interpersonal | 258                        | 1.11  | 0.944 | 1.12                    | 0.916 | 1.16                       | 0.970 | 1.07                       | 1.057 | 1.05                       | 0.763 |
| Inestabilidad laboral           | 255                        | 1.67  | 1.434 | 1.50                    | 1.378 | 1.75                       | 1.557 | 1.93                       | 1.386 | 1.65                       | 1.411 |
| Medio transporte                | 257                        | 1.23  | 1.140 | 1.06                    | 1.073 | 1.12                       | 1.164 | 1.62                       | 1.065 | 1.55                       | 1.336 |
| FACTOR 3                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Apoyo social                    | 256                        | 1.40  | 1.004 | 1.36                    | 0.927 | 1.42                       | 1.105 | 1.43                       | 0.950 | 1.51                       | 1.197 |
| Problemas comunicación          | 259                        | 1.65  | 1.020 | 1.68                    | 0.958 | 1.68                       | 1.064 | 1.56                       | 1.021 | 1.61                       | 1.209 |
| Problemas psicológicos          | 256                        | 1.98  | 0.844 | 2.10                    | 0.809 | 2.03                       | 0.810 | 1.75                       | 0.837 | 1.79                       | 1.014 |
| FACTOR 4                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Situaciones poco frecuentes     | 260                        | 2.04  | 0.875 | 1.98                    | 0.814 | 1.94                       | 0.976 | 2.46                       | 0.840 | 1.71                       | 0.632 |
| Sobrecarga laboral              | 260                        | 2.03  | 0.822 | 2.24                    | 0.733 | 2.10                       | 0.891 | 1.83                       | 0.771 | 1.29                       | 0.600 |
| Valores y creencias             | 260                        | 1.53  | 0.868 | 1.48                    | 0.901 | 1.48                       | 0.815 | 1.59                       | 0.840 | 1.73                       | 0.925 |
| Relación cliente                | 258                        | 1.89  | 0.888 | 1.88                    | 0.914 | 1.80                       | 0.891 | 2.00                       | 0.903 | 1.91                       | 0.735 |
| Acogida cliente                 | 259                        | 1.31  | 0.818 | 1.43                    | 0.753 | 1.21                       | 0.872 | 1.19                       | 0.813 | 1.33                       | 0.933 |
| Burocracia excesiva             | 258                        | 1.80  | 1.069 | 2.00                    | 1.005 | 1.56                       | 1.116 | 1.75                       | 1.022 | 1.61                       | 1.203 |
| FACTOR 5                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Organización poco saludable     | 256                        | 1.51  | 0.917 | 2.17                    | 0.850 | 2.03                       | 0.903 | 1.73                       | 0.852 | 1.77                       | 1.071 |
| Fallos tecnológicos             | 259                        | 1.84  | 1.013 | 1.91                    | 0.962 | 1.77                       | 1.101 | 1.90                       | 0.981 | 1.60                       | 1.063 |
| Exposición riesgos laborales    | 259                        | 1.70  | 1.177 | 1.69                    | 1.055 | 1.81                       | 1.356 | 1.79                       | 1.121 | 1.21                       | 1.247 |
| Espacio físico                  | 259                        | 1.67  | 1.019 | 1.80                    | 0.954 | 1.70                       | 1.056 | 1.18                       | 0.931 | 2.09                       | 1.058 |
| Contaminación acústica          | 259                        | 1.59  | 1.169 | 1.71                    | 1.038 | 1.71                       | 1.323 | 1.50                       | 1.180 | 0.89                       | 1.062 |
| FACTOR 6                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Promoción y desarrollo profes   | 257                        | 1.94  | 1.011 | 2.03                    | 1.023 | 2.00                       | 1.082 | 1.74                       | 0.902 | 1.83                       | 0.959 |
| Conciliación familia-trabajo    | 255                        | 1.66  | 1.232 | 1.82                    | 1.212 | 1.78                       | 1.279 | 1.12                       | 1.021 | 1.79                       | 1.348 |
| Conducta prosocial              | 257                        | 1.82  | 1.065 | 2.01                    | 1.046 | 1.89                       | 1.063 | 1.36                       | 0.885 | 1.67                       | 1.255 |
| FACTOR 7                        |                            |       |       |                         |       |                            |       |                            |       |                            |       |
| Sentimientos valoración         | 259                        | 1.35  | 1.088 | 1.24                    | 1.001 | 1.50                       | 1.145 | 1.21                       | 1.061 | 1.81                       | 1.262 |
| Organización saludable          | 256                        | 1.51  | 0.917 | 1.81                    | 1.262 | 1.54                       | 0.889 | 1.35                       | 0.867 | 1.71                       | 1.147 |
| Competencias profesionales      | 257                        | 1.45  | 0.962 | 1.44                    | 0.964 | 1.44                       | 0.940 | 1.34                       | 0.893 | 1.72                       | 1.154 |

Tabla 3.2

*Estadísticos descriptivos de los cuestionarios (n = 260)*

| Variables       | Muestra Total<br>(n = 260) |       |       | Enfermeras<br>(n = 113) |         | Aux.Enfermería<br>(n = 68) |         | Est.Enfermeras<br>(n = 54) |         | Est.Aux.Enferm<br>(n = 25) |         |
|-----------------|----------------------------|-------|-------|-------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
|                 | N                          | media | dt    | media                   | dt      | media                      | dt      | media                      | dt      | media                      | dt      |
| <b>CAE</b>      |                            |       |       |                         |         |                            |         |                            |         |                            |         |
| CAE - FSP       | 258                        | 15.11 | 4.23  | 14.95                   | 3.84    | 15.42                      | 4.53    | 15.32                      | 4.05    | 14.54                      | 5.54    |
| CAE - AFN       | 258                        | 8.13  | 3.32  | 7.95                    | 3.25    | 7.98                       | 3.01    | 8.40                       | 3.54    | 8.79                       | 4.02    |
| CAE - REP       | 259                        | 14.72 | 3.74  | 14.07                   | 3.35    | 14.91                      | 3.52    | 15.14                      | 4.45    | 16.29                      | 3.88    |
| CAE - EEA       | 259                        | 7.25  | 3.02  | 7.50                    | 2.91    | 6.63                       | 2.44    | 7.44                       | 3.44    | 7.41                       | 3.82    |
| CAE - EVT       | 258                        | 11.50 | 3.92  | 10.64                   | 3.81    | 11.58                      | 3.95    | 12.55                      | 3.41    | 12.91                      | 4.57    |
| CAE - BAS       | 258                        | 13.32 | 6.24  | 12.81                   | 5.65    | 11.77                      | 6.46    | 16.09                      | 5.77    | 13.87                      | 7.51    |
| CAE - RLG       | 259                        | 2.86  | 4.34  | 2.13                    | 3.19    | 4.75                       | 5.05    | 2.11                       | 4.74    | 2.62                       | 4.60    |
| <b>MBI</b>      |                            |       |       |                         |         |                            |         |                            |         |                            |         |
| MBI - CE        | 258                        | 21.87 | 9.67  | 23.67                   | 9.65    | 22.69                      | 9.03    | 18.53                      | 7.89    | 18.88                      | 12.59   |
| MBI - DP        | 260                        | 6.37  | 4.819 | 6.94                    | 4.65    | 6.16                       | 5.05    | 5.07                       | 3.95    | 7.16                       | 6.11    |
| MBI - RP        | 258                        | 13.81 | 12.31 | 10.97                   | 7.08    | 9.51                       | 8.27    | 17.92                      | 16.13   | 29.28                      | 15.79   |
| <b>GHQ-28</b>   |                            |       |       |                         |         |                            |         |                            |         |                            |         |
| GHQ-General     | 260                        | 18.17 | 2.71  | 17.88                   | 2.89    | 18.58                      | 2.62    | 17.85                      | 2.56    | 19.08                      | 2.21    |
| GHQ-A           | 260                        | 5.21  | 1.35  | 5.11                    | 1.37    | 5.27                       | 1.40    | 5.22                       | 1.35    | 5.52                       | 1.12    |
| GHQ-B           | 260                        | 5.55  | 2.04  | 5.25                    | 2.16    | 5.79                       | 2.02    | 5.38                       | 1.98    | 6.60                       | 1.11    |
| GHQ-C           | 260                        | 0.64  | 1.30  | 0.70                    | 1.38    | 0.79                       | 1.57    | 0.57                       | 0.98    | 0.08                       | 0.27    |
| GHQ-D           | 260                        | 6.76  | 0.78  | 6.80                    | 0.82    | 6.72                       | 0.89    | 6.66                       | 0.72    | 6.88                       | 0.33    |
| <b>UWES</b>     |                            |       |       |                         |         |                            |         |                            |         |                            |         |
| UWES - General  | 260                        | 3.993 | 1.004 | 3.8022                  | 0.96692 | 3.7379                     | 1.00833 | 4.4978                     | 0.76344 | 4.4588                     | 1.11118 |
| VI - Vigor      | 260                        | 4.121 | 1.037 | 3.9086                  | 1.03029 | 4.0417                     | 1.07604 | 4.4506                     | 0.79281 | 4.5867                     | 1.15582 |
| DE - Dedicación | 260                        | 4.373 | 1.142 | 4.1575                  | 1.10984 | 4.0088                     | 1.17457 | 5.1074                     | 0.71291 | 4.7600                     | 1.18181 |
| AB - Absorción  | 260                        | 3.547 | 1.118 | 3.3997                  | 1.04025 | 3.2083                     | 1.12058 | 4.0370                     | 0.99720 | 4.0800                     | 1.22297 |

*Nota:* CAE-FSP = Focalizado Solución del problema; CAE-AFN-Autofocalización negativa, CAE-REP = Reevaluación Positiva; MBI: Maslach Burnout Inventory; CE = Cansancio emocional; DP = Despersonalización; RP = Realización Personal; CAE: estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés; GHQ: Salud General de Goldberg; GHQ A = Síntomas Somáticos. GHQ B = Ansiedad – Insomnio. GHQ C = Disfunción Social. GHQ D = Depresión Grave.

Tabla 3.3

*Descripción de las características de percepción a una organización saludable (n = 260)*

| Ítem | Descripción del ítem                                                                | n = | %     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
|      |                                                                                     | 260 |       |
| I    | La fortaleza competitiva de la empresa                                              | 154 | 69.37 |
| A    | La igualdad entre trabajadores y la no discriminación                               | 57  | 25.68 |
| G    | La seguridad y estabilidad en el empleo                                             | 52  | 23.42 |
| F    | La participación de todos los miembros de la empresa en la organización del trabajo | 52  | 19.40 |
| E    | La formación y el desarrollo de competencias para el futuro                         | 43  | 19.37 |
| D    | La autonomía y responsabilidad en el desarrollo de las tareas laborales             | 42  | 18.92 |
| B    | El reconocimiento de los méritos en el trabajo y su recompensa justa y equitativa   | 39  | 17.57 |
| H    | Las condiciones saludables y de seguridad en el entorno laboral                     | 46  | 17.16 |
| J    | La implicación y la motivación de los trabajadores                                  | 38  | 17.12 |
| C    | La lealtad mutua entre empresa y empleado, y la identificación de objetivos comunes | 34  | 15.32 |

## Anexo 4. Análisis inferencial por categorías

Tabla 4.1

*Comparación entre el Factor 1 (Recursos profesionales y Formación) y Categoría profesional*

| Factor 1 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Competencias interpersonales |          |                | 11.415   | 3    | .010**         |
| Enfermera                    | 112      | 126.38         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 123.68         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 54       | 121.69         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 178.10         |          |      |                |
|                              | 258      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS: Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.2

*Comparación entre el Factor 2 (Demandas laborales organizacionales) y el factor Categoría profesional*

| Factor 2 (VD)             | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Medio de transporte       |          |                | 12.443   | 3    | .006**         |
| Enfermera                 | 113      | 117.96         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 120.01         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 53       | 156.81         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 23       | 145.76         |          |      |                |
|                           | 257      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS: Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.3

*Comparación entre el Factor 4 (Demandas laborales unidad asistencial) y el factor categoría profesional*

| Factor 4 (VD)               | <i>n</i> | Rango<br>promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor<br><i>p</i> |
|-----------------------------|----------|-------------------|----------|------|-------------------|
| Situaciones poco frecuentes |          |                   | 19.787   | 3    | .000**            |
| Enfermera                   | 113      | 124.04            |          |      |                   |
| Aux. enfermería             | 68       | 122.65            |          |      |                   |
| Enfermera formación         | 54       | 168.46            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación   | 25       | 99.02             |          |      |                   |
|                             | 260      |                   |          |      |                   |
| Sobrecarga laboral          |          |                   | 31.730   | 3    | .000**            |
| Enfermera                   | 113      | 149.82            |          |      |                   |
| Aux. enfermería             | 68       | 137.79            |          |      |                   |
| Enfermera formación         | 54       | 112.30            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación   | 25       | 62.66             |          |      |                   |
|                             | 260      |                   |          |      |                   |
| Burocracia excesiva         |          |                   | 7.800    | 3    | .050*             |
| Enfermera                   | 112      | 143.55            |          |      |                   |
| Aux. enfermería             | 68       | 114.43            |          |      |                   |
| Enfermera formación         | 54       | 125.27            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación   | 24       | 116.13            |          |      |                   |
|                             | 258      |                   |          |      |                   |

*Nota:* IFPOS: Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.4

*Comparación entre el Factor 5 (Factores ambientales unidad asistencial) y el factor categoría profesional*

| Factor 5 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Organización poco saludable  |          |                | 9.899    | 3    | .019**         |
| Enfermera                    | 112      | 142.09         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 131.10         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 53       | 105.22         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 114.48         |          |      |                |
|                              | 257      |                |          |      |                |
| Espacio físico               |          |                | 19.343   | 3    | .000**         |
| Enfermera                    | 113      | 139.23         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 132.04         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 53       | 92.78          |          |      |                |
| Aux. enfermería en formación | 25       | 161.62         |          |      |                |
|                              | 259      |                |          |      |                |
| Contaminación acústica       |          |                | 11.082   | 3    | .011**         |
| Enfermera                    | 113      | 137.92         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 135.43         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 53       | 124.45         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 84.21          |          |      |                |
|                              | 258      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS: Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.5

*Comparación entre el Factor 6 (Recursos laborales organización- trabajador) y el factor Categoría profesional*

| Factor 6 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|------------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Conciliación familia-laboral |          |                | 12.601   | 3    | .006**         |
| Enfermera                    | 112      | 137.64         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 134.59         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 52       | 95.84          |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 23       | 134.30         |          |      |                |
|                              | 255      |                |          |      |                |
| Conducta prosocial           |          |                | 13.514   | 3    | .004**         |
| Enfermera                    | 113      | 142.92         |          |      |                |
| Aux. enfermería              | 68       | 132.56         |          |      |                |
| Enfermera formación          | 52       | 98.20          |          |      |                |
| Aux. enfermería formación    | 24       | 120.08         |          |      |                |
|                              | 257      |                |          |      |                |

*Nota:* IFPOS: Inventario Factores Psicosociales Organización Saludable;  $\eta$  = mediana;  $\chi^2$  = valores del test no paramétrico Kruskal-Wallis; *gl* = grados de libertad;  $\eta^2$  = tamaño del efecto Eta cuadrado.

Tamaño de efecto *r* calculado a partir del test *U* Mann-Whitney para las variables que no cumplen una distribución normal.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.6

*Comparación de estilos de afrontamiento y categoría profesional*

| CAE (VD)                  | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Reevaluación positiva     |          |                | 9.292    | 3    | .026*          |
| Enfermera                 | 113      | 115.34         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 136.29         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 140.22         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 24       | 158.21         |          |      |                |
|                           | 259      |                |          |      |                |
| Evitación                 |          |                | 11.598   | 3    | .009**         |
| Enfermera                 | 112      | 113.29         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 132.19         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 149.65         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 24       | 152.19         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |
| Búsqueda de apoyo social  |          |                | 13.746   | 3    | .003**         |
| Enfermera                 | 112      | 123.20         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 112.66         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 160.26         |          |      |                |
| Aux. Enfermería formación | 24       | 137.42         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |
| Religión                  |          |                | 19.379   | 3    | .000**         |
| Enfermera                 | 113      | 123.22         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 160.35         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 107.81         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 24       | 125.85         |          |      |                |
|                           | 259      |                |          |      |                |

*Nota:* CAE: Cuestionario de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.7

*Comparación entre el estrés asistencial y la categoría profesional*

| MBI (VD)                  | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| Cansancio emocional       |          |                | 13.666   | 3    | .003**         |
| Enfermera                 | 111      | 142.59         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 137.88         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 105.45         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 100.52         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |
| Realización personal      |          |                | 32.084   | 3    | .000**         |
| Enfermera                 | 111      | 122.31         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 105.76         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 141.20         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 200.74         |          |      |                |
|                           | 258      |                |          |      |                |

*Nota:* MBI: Maslach Burnout Inventory.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.8

*Comparación entre el estado general de salud y la categoría profesional*

| GHQ28 (VD)                | <i>n</i> | Rango promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor <i>p</i> |
|---------------------------|----------|----------------|----------|------|----------------|
| GHQ-general               |          |                | 10.586   | 3    | .014*          |
| Enfermera                 | 113      | 120.69         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 146.01         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 118.56         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 158.46         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |
| GHQB-Ansiedad-insomnio    |          |                | 14.749   | 3    | .002**         |
| Enfermera                 | 113      | 119.97         |          |      |                |
| Aux. enfermería           | 68       | 142.33         |          |      |                |
| Enfermera formación       | 54       | 119.03         |          |      |                |
| Aux. enfermería formación | 25       | 170.70         |          |      |                |
|                           | 260      |                |          |      |                |

*Nota:* GHQ28: Cuestionario de Salud General de Goldberg.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 4.9

*Comparación entre el compromiso psicológico y la categoría profesional*

| UWES <sup>1</sup> (VD)    | <i>n</i> | Rango<br>promedio | $\chi^2$ | (gl) | valor<br><i>p</i> |
|---------------------------|----------|-------------------|----------|------|-------------------|
| UWES – General            |          |                   | 30.366   | 3    | .000**            |
| Enfermera                 | 113      | 115.87            |          |      |                   |
| Aux. enfermería           | 68       | 109.85            |          |      |                   |
| Enfermera formación       | 54       | 168.34            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación | 25       | 171.06            |          |      |                   |
|                           | 260      |                   |          |      |                   |
| Vigor                     |          |                   | 16.127   | 3    | .001**            |
| Enfermera                 | 113      | 115.13            |          |      |                   |
| Aux. enfermería           | 68       | 124.38            |          |      |                   |
| Enfermera formación       | 54       | 153.53            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación | 25       | 166.88            |          |      |                   |
|                           | 260      |                   |          |      |                   |
| Dedicación                |          |                   | 40.384   |      | .000**            |
| Enfermera                 | 113      | 114.67            |          |      |                   |
| Aux. enfermería           | 68       | 105.91            |          |      |                   |
| Enfermera formación       | 54       | 180.44            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación | 25       | 161.04            |          |      |                   |
|                           | 260      |                   |          |      |                   |
| Absorción                 |          |                   | 23.919   | 3    | .000**            |
| Enfermera                 | 113      | 121.11            |          |      |                   |
| Aux. enfermería           | 68       | 107.38            |          |      |                   |
| Enfermera formación       | 54       | 161.70            |          |      |                   |
| Aux. enfermería formación | 25       | 168.46            |          |      |                   |
|                           | 260      |                   |          |      |                   |

*Nota:* UWES: Utrech Work Scale: Compromiso general, vigor, dedicación y absorción.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

## Anexo 5. Análisis de regresión.

Tabla 5.1

*Resultados de la regresión múltiple y predictores del compromiso psicológico general*

| VD: Compromiso Psicológico         | Coeficientes        |        |        |       |
|------------------------------------|---------------------|--------|--------|-------|
|                                    | $\beta$<br>estandar | $p$    | $t$    | $R^2$ |
| VI: Variables predictoras          |                     |        |        |       |
| <i>En Activo</i>                   |                     |        |        |       |
| Constante                          |                     |        | 12.540 |       |
| MBI - Cansancio emocional          | -.247               | < .001 | -6.333 | .246  |
| MBI - Realización personal         | -.439               | < .001 | -3.621 | .285  |
| CAE - Focalizado solución problema | .159                | .020   | 2.347  | .306  |
| F 1 - Capacidad comunicación       | .143                | .040   | 2.068  | .323  |
| Resumen del modelo                 |                     |        |        |       |
| $R^2$ a corregida                  |                     |        |        | .307  |
| <i>En Formación</i>                |                     |        |        |       |
| Constante                          |                     |        | 13.341 |       |
| MBI - Cansancio emocional          | -.333               | < .001 | 3.074  | .111  |
| CAE -Búsqueda de apoyo social      | -.320               | < .001 | -2.955 | .214  |
| Resumen del modelo                 |                     |        |        |       |
| $R^2$ a corregida                  |                     |        |        | .190  |

*Nota:* MBI = Maslach Burnout Inventory; CAE = Cuestionario de estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés; IFPOS = Inventario de Factores Psicosociales en Organización Saludable.  $B$  (beta) = coeficiente de regresión parcial estandarizado;  $t$  y  $p$  = prueba  $T$  de significación de cada coeficiente de regresión parcial y su correspondiente nivel crítico de probabilidad;  $R^2$  = coeficiente de correlación parcial de cada predictor;  $R^2$  a = correlación cuadrada múltiple ajustada -varianza explicada.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 5.2

*Resultados de regresión lineal múltiple que predicen el Vigor de la escala UWES*

| VD / Vigor                           | Coeficientes        |          |          |       |
|--------------------------------------|---------------------|----------|----------|-------|
|                                      | $\beta$<br>estandar | <i>p</i> | <i>t</i> | $R^2$ |
| VI: Variables predictoras            |                     |          |          |       |
| <i>Activo</i>                        |                     |          |          |       |
| Constante                            |                     |          | 12.987   |       |
| MBI - Cansancio emocional            | -.232               | < .001   | -5.676   | .234  |
| MBI - Realización personal           | -.381               | < .001   | -3.617   | .294  |
| CAE - Focalización solución problema | .207                | .002     | 3.110    | .328  |
| CAE - Expresión emocional abierta    | -.159               | .014     | -2.483   | .352  |
| Resumen del modelo                   |                     |          |          |       |
| $R^2$ a corregida                    |                     |          |          | .336  |
| <i>Formación</i>                     |                     |          |          |       |
| Constante                            |                     |          | 13.341   |       |
| MBI - Cansancio emocional            | -.348               | .002     | -5.676   | .121  |
| CAE - Búsqueda de apoyo social       | .273                | .015     | -3.617   | .196  |
| Resumen del modelo                   |                     |          |          |       |
| $R^2$ a corregida                    |                     |          |          | .172  |

*Nota:* MBI = Maslach Burnout Inventory; CAE = Estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés.  
 (\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 5.3

*Resultados de regresión lineal múltiple que predicen Dedicación en la escala UWES*

| VD: Dedicación                       | Coeficientes        |        |        |       |
|--------------------------------------|---------------------|--------|--------|-------|
|                                      | $\beta$<br>estandar | $p$    | $t$    | $R^2$ |
| VI: Variables predictoras            |                     |        |        |       |
| <i>Activo</i>                        |                     |        |        |       |
| Constante                            |                     |        | 11.481 |       |
| MBI - Cansancio emocional            | -.222               | < .001 | -3.490 | .258  |
| MBI - Realización personal           | -.419               | < .001 | -6.254 | .310  |
| Edad                                 | -.154               | .016   | -2.433 | .335  |
| CAE – Focalización solución problema | .148                | .027   | 2.236  | .354  |
| Resumen del modelo                   |                     |        |        |       |
| $R^2$ a corregida .339               |                     |        |        |       |
| <i>Formación</i>                     |                     |        |        |       |
| Constante                            |                     |        | 14.261 |       |
| CAE - Búsqueda de apoyo social       | .343                | < .001 | -3.490 | .133  |
| MBI - Cansancio emocional            | -.417               | < .001 | -6.254 | .257  |
| F 2 - Medio transporte               | .236                | .016   | -2.433 | .309  |
| Resumen del modelo                   |                     |        |        |       |
| $R^2$ a corregida .277               |                     |        |        |       |

*Nota:* MBI = Maslach Burnout Inventory; CAE = Estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés; IFPOS = Inventario de Factores Psicosociales en Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$

Tabla 5.4

*Resultados de regresión lineal múltiple que predicen Absorción en la escala UWES*

| VD: Absorción                  | Coeficientes        |        |        |       |
|--------------------------------|---------------------|--------|--------|-------|
|                                | $\beta$<br>estandar | $p$    | $t$    | $R^2$ |
| VI: variables predictoras      |                     |        |        |       |
| <i>Activo</i>                  |                     |        |        |       |
| Constante                      |                     |        | 20.825 |       |
| MBI - Realización personal     | -.398               | < .001 | -5.510 | .134  |
| F 4 - Burocracia excesiva      | .173                | .017   | 2.402  | .163  |
| Resumen del modelo             |                     |        |        |       |
| $R^2$ corregida                |                     |        |        | .153  |
| <i>Formación</i>               |                     |        |        |       |
| Constante                      |                     |        | 4.633  |       |
| CAE - Búsqueda de apoyo social | .308                | .007   | 2.770  | .090  |
| Edad                           | .282                | .014   | 2.536  | .170  |
| Resumen del modelo             |                     |        |        |       |
| $R^2$ corregida                |                     |        |        | .145  |

*Nota:* MBI = Maslach Burnout Inventory; CAE = Estilos de Afrontamiento ante situaciones de Estrés; IFPOS = Inventario de Factores Psicosociales en Organización Saludable.

(\*) Valores significativos  $p < .05$ ; (\*\*) valores muy significativos  $p < .01$