

“PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL MEDIANTE INTERVENCIONES PARA FOMENTAR EL *ENGAGEMENT* EN EL SECTOR SANITARIO DEL DISTRITO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA”

INFORME FINAL

Marzo, 2007

REFERENCIA DEL PROYECTO: **SA018B05**

INVESTIGADORA RESPONSABLE:

Jenaro Río, Cristina

MIEMBROS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Flores Robaina, Noelia

Caballo Escribano, Cristina

González Gil, Francisca

Gómez Vela, María

COLABORADORA:

Sara Calvo Martínez

Índice

1	CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO: RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA LABORAL	5
2	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL	8
	2.1 Objetivos generales	8
	2.2 Objetivos específicos	8
3	METODOLOGÍA.....	9
	3.1 Diseño	9
	3.2 Variables	9
	3.3 Instrumentos y procedimiento	9
	3.4 Participantes	12
4	RESULTADOS.....	16
	4.1 Comunicación horizontal y vertical	16
	4.2 Ansiedad, depresión y estrés	17
	4.3 Satisfacción laboral	18
	4.4 Burnout y engagement	19
	4.5 Síntomas	20
	4.6 Asociación entre variables individuales, organizacionales y calidad de vida laboral.....	21
	4.6.1 Variables sociodemográficas asociadas al burnout y al engagement	21
	4.6.2 Variables profesionales asociadas al burnout y al engagement	28
	4.6.3 Variables organizacionales asociadas al burnout y al engagement	34
	4.7 Diferencias entre grupos profesionales	35
	4.8 Perfil del profesional quemado	39
	4.8.1 Predictores de la calidad de vida laboral	46
5	INTERÉS DE LOS RESULTADOS PARA EL ENTORNO SOCIOECONÓMICO	48
6	GRADO DE INNOVACIÓN QUE SE HA CONSEGUIDO CON LA INVESTIGACIÓN	49
7	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	50

8	PUBLICACIONES QUE HA GENERADO LA INVESTIGACIÓN	52
9	BIBLIOGRAFÍA	54
10	ANEXO I. ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD (APARTADO 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS)	56

Índice de Tablas

Tabla 1. Tabla-resumen de actividades realizadas en la segunda fase del estudio.....	11
Tabla 2. Información sociodemográfica de los participantes.....	12
Tabla 3. Situación laboral de los participantes	13
Tabla 4. Información laboral de los participantes facultativos, de enfermería y no sanitarios	13
Tabla 5. Servicio en el que trabajan los participantes	14
Tabla 6. Características de las condiciones de trabajo los participantes	15
Tabla 7. Antigüedad profesional de los participantes	15
Tabla 8. Valoración de aspectos de comunicación en la organización.....	16
Tabla 9. Niveles de ansiedad, depresión y estrés	17
Tabla 10. Valoración de los principales estresores	17
Tabla 11. Correlaciones entre los principales estresores	18
Tabla 12. Satisfacción laboral.....	18
Tabla 13. Valoración de la calidad de vida y de la calidad de vida laboral	19
Tabla 14. Valoración de la calidad de vida y de la calidad de vida laboral	20
Tabla 15. Distribución de frecuencias en variables de salud.....	20
Tabla 16. Correlaciones entre factores de burnout, de engagement, apoyos y salud.....	34
Tabla 17. Correlaciones entre factores de burnout, de engagement, apoyos y salud.....	35
Tabla 18. Niveles de estrés percibido (tres grupos)	36
Tabla 19. Satisfacción laboral (tres grupos)	36
Tabla 20. Calidad de vida y calidad de vida laboral (tres grupos)	37
Tabla 21. Evaluación del Burnout y del engagement (tres grupos)	38
Tabla 22. Evaluación del apoyo percibido (tres grupos)	38
Tabla 23. Bienestar físico y emocional (tres grupos)	39
Tabla 24. Porcentaje de participantes en cada uno de los tres grupos, y porcentajes de profesionales con el síndrome de burnout	39
Tabla 25. Distribución de frecuencias de variables de interés en el profesional con síndrome de Burnout.....	40
Tabla 26. Distribución de frecuencias de características del trabajo en el profesional con síndrome de Burnout	40
Tabla 27. Distribución de frecuencias de variables relacionadas con la comunicación, en el profesional con síndrome de Burnout	41
Tabla 28. Solicitud de baja en el profesional con síndrome de Burnout.....	42
Tabla 29. Engagement en el profesional con síndrome de Burnout	42
Tabla 30. Salud en el profesional con síndrome de Burnout.....	43
Tabla 31. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias en las variables de interés entre el grupo de profesionales quemados vs. no quemados.....	44

Tabla 32. Resumen del modelo de regresión.....	47
Tabla 33. Análisis de varianza	47
Tabla 34. Coeficientes de Regresión	47
Tabla 35. Estrategias de Prevención e Intervención De Riesgos Psicosociales (Burnout).....	50

Índice de Figuras

Figura 1. Frecuencia de niveles de agotamiento emocional y estado civil	22
Figura 2. Frecuencia de niveles de dedicación y estado civil	23
Figura 3. Frecuencia de niveles de agotamiento y ausencia o presencia de cargas familiares	24
Figura 4. Frecuencia de niveles de dedicación y ausencia o presencia de cargas familiares	24
Figura 5. Frecuencia de niveles de absorción y sexo	25
Figura 6. Frecuencia de niveles de dedicación y antigüedad en el hospital	25
Figura 7. Frecuencia de niveles de agotamiento y antigüedad en la profesión	26
Figura 8. Frecuencia de niveles de cinismo y antigüedad en la profesión	26
Figura 9. Frecuencia de niveles de vigor y antigüedad en la profesión	27
Figura 10. Frecuencia de niveles de dedicación y antigüedad en la profesión	27
Figura 11. Frecuencia de niveles de absorción y antigüedad en la profesión	28
Figura 12. Frecuencia de niveles de agotamiento y la realización o no de turnos en el trabajo	29
Figura 13. Relación o no entre estudios cursados y trabajo desempeñado y eficacia profesional	29
Figura 14. Relación o no entre estudios cursados y trabajo desempeñado y dedicación	30
Figura 15. Relación entre baja laboral o no y agotamiento emocional	31
Figura 16. Relación entre baja laboral o no y cinismo	31
Figura 17. Relación entre baja laboral o no y dedicación	32
Figura 18. Relación entre percepción o no de estrés laboral y agotamiento emocional.....	32
Figura 19. Relación entre percepción o no de estrés laboral y cinismo.....	33
Figura 20. Relación entre percepción o no de estrés laboral y vigor	33
Figura 21. Relación entre percepción o no de estrés laboral y dedicación.....	34
Figura 22. Promedio de puntuaciones en variables asociadas a una baja calidad de vida laboral	45
Figura 23. Promedio de puntuaciones en variables asociadas a una elevada calidad de vida laboral.....	46

1 CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO: RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA LABORAL

Uno de los riesgos laborales de tipo psicosocial que genera consecuencias devastadoras tanto en los profesionales como en las organizaciones es el llamado síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. De hecho, sanidad ha señalado al estrés laboral como el segundo problema de salud en Europa (I Congreso Europeo sobre Prevención de Riesgos, 2003) y éste, a su vez, ha sido catalogado como la epidemia del siglo XXI. Así, cada vez es más alto el porcentaje de médicos y profesionales del sector sanitario afectados por dicho síndrome. También se ha constatado la necesidad de una adecuada información, prevención y tratamiento en función de sus beneficios tanto a nivel individual como organizacional.

Con esta investigación hemos perseguido dos objetivos: en primer lugar, evaluar uno de los principales riesgos psicosociales a los que se exponen cotidianamente los profesionales sanitarios, como es el caso del síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo; y en segundo lugar, detectar áreas prioritarias de intervención para mejorar la calidad de vida laboral.

Los profesionales que trabajan en servicios humanos y concretamente el personal sanitario se ve afectado por una serie de factores de riesgo que limitan, tanto objetiva como subjetivamente, la calidad de los servicios que prestan. Así, conceptos íntimamente relacionados con la presente investigación son la *Calidad de Vida Laboral*, el *burnout* y el *engagement*, entendido este último como la implicación y dedicación necesaria para un funcionamiento óptimo, tanto a nivel laboral como individual.

La preocupación por la calidad de vida en el trabajo (CVL) empezó a desarrollarse y a cobrar especial interés en la década de los 70 en los EE.UU. Su estudio se ha venido abordando, tradicionalmente, bajo dos grandes perspectivas teórico-metodológicas: la calidad de vida del entorno de trabajo y la perspectiva de la CVL psicológica. Esta última, persigue fundamentalmente la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador bajo la premisa de que si el trabajador está en óptimas condiciones, su trabajo y los beneficios sobre el mismo, también serán de calidad. El objetivo primordial de la CVL estriba en alcanzar una mayor humanización del trabajo

a través del diseño de puestos de trabajo más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables, y unas organizaciones eficaces, más democráticas y participativas capaces de satisfacer las demandas de sus miembros además de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal (Segurado y Agulló, 2002).

Conseguir este objetivo no siempre resulta fácil, pues muchas veces la CVL se ve obstaculizada por numerosos factores que la merman. Uno de ellos es el síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Este síndrome está siendo foco de atención en numerosas empresas e instituciones preocupadas por la calidad de sus servicios, así como por la calidad de vida de los profesionales que ofrecen los mismos. El interés por estudiar el estrés laboral, también se remonta a los años 70, coincidiendo con la preocupación por la calidad de vida laboral de los trabajadores. Desde entonces, y en los últimos 20 años se ha incrementado el interés por estudiar el síndrome de burnout, por ser una de las principales causas de desmotivación, insatisfacción y absentismo laboral del personal sanitario, pero también por su impacto negativo en la salud. Este término define un tipo de estrés laboral que afecta, fundamentalmente a los profesionales que prestan un servicio asistencial, puesto que la base de dicho servicio es el contacto con el usuario que suele ser bastante intenso y, en ocasiones, poco gratificante ya que, normalmente, se deposita en el profesional una gran carga de responsabilidad que podrá provocar su propio desbordamiento con la consecuente pérdida de capacidades y de motivación por su trabajo.

El fenómeno del burnout ha sido catalogado como la "epidemia del siglo XXI", debido a sus efectos devastadores en la salud del propio profesional y en la calidad de los servicios ofrecidos. Como se ha comentado anteriormente, este síndrome fue descrito en los años 70 por el psiquiatra Herbert Freudenberger, pero no fue hasta bien entrados los 80, cuando empezó a despertar el interés dentro de la comunidad científica, debido a la psicóloga Christina Maslach (1982, p.1) quien lo definió como una "respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado", definición que ha sido y es en la actualidad la más utilizada y la de mayor reconocimiento científico. Según ésta, el síndrome se compone de tres dimensiones llamadas: agotamiento emocional (AE), cinismo o despersonalización (DP) y falta de eficacia profesional o realización personal en el trabajo (RP). El AE se describe como la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga, que experimentan los profesionales y que provoca que se sientan emocionalmente agotados debido al contacto cotidiano

que mantienen con los receptores de sus servicios (pacientes, alumnos, reclusos, etc). La DP, por su parte, se manifiesta a través de irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia dichos usuarios. Finalmente, la RP, alude a una pérdida o disminución en los sentimientos de competencia y logros personales conseguidos en el trabajo con la gente.

Desde la década de los 80 hasta la actualidad, han proliferado las investigaciones sobre el tema, tanto en EE.UU. como en nuestro país, donde cada vez se van aportando más datos al respecto con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias del síndrome a fin de elaborar estrategias preventivas que traten de paliar sus consecuencias sobre la calidad de vida de los profesionales y de las organizaciones implicadas. Un ejemplo del alcance del problema, son los datos aportados por la Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo realizada en el año 2000, donde se constató que el estrés es un problema que afecta al 28% de los trabajadores de la Unión Europea, de los cuales un 23% de ellos se encuentran afectados por el síndrome de burnout.

Este aspecto también se refleja en la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) cuando se habla de los factores de riesgo psicosociales o también denominados ergonómicos, entre los cuales el estrés laboral y el síndrome de burnout ocupan un lugar destacado pues son una de las principales causas de deterioro de las condiciones de trabajo, y una fuente de accidentalidad y absentismo. Concretamente, un estudio sobre riesgos psicosociales realizado en diferentes sectores profesionales de diferentes comunidades autónomas españolas, constató que el 54% del absentismo de los trabajadores se relacionaba con el estrés y éste, además, era responsable del 60 al 80% de los accidentes laborales, siendo los sectores sanitarios, educativos y sociales, los de mayor impacto y afectación.

Numerosos estudios realizados en EE.UU. (Freedy y Hobfoll, 1994) han demostrado empíricamente la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales (p.e. inoculación de estrés) en el tratamiento del síndrome. En España, sin embargo, hasta la fecha se desconocen los estudios de intervención sobre el síndrome, a pesar de que la mayoría de los investigadores proponen el desarrollo de programas de intervención destinados a paliar los efectos que éste genera en los profesionales de servicios. Por ello, pensamos que el diseño y posterior aplicación de programas de intervención sobre el síndrome puede ser beneficioso para la salud de los profesionales y para fomentar entornos laborales saludables, además de un aspecto novedoso y de innovación en nuestro país. Otro concepto que está teniendo relevancia desde

principios del año 2000 es el concepto de *engagement*, que se define como lo contrario al burnout, es decir, como un proceso mediante el cual el profesional recupera la implicación, compromiso y dedicación hacia su trabajo. El engagement es un fenómeno emergente que se plantea desde un punto de vista de la psicología positiva y se centra más en el funcionamiento óptimo de la persona que en el mal funcionamiento o enfermedad de la misma (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Por tanto, potenciar el funcionamiento óptimo de los profesionales sanitarios más que centrarnos en las causas de su malestar debe ser objetivo de todas las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida laboral y reducir los riesgos psicosociales en las organizaciones.

2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

En este apartado exponemos los resultados derivados de la evaluación de los profesionales que trabajan en el sector sanitario. Comenzamos exponiendo los objetivos que guiaron el estudio, para posteriormente presentar los resultados, y las conclusiones que se derivan de los mismos.

2.1 Objetivos generales

1. Prevenir determinados riesgos psicosociales (p.e. síndrome de burnout) que suelen asociarse a los profesionales del sector sanitario.
2. Mejorar la calidad de vida laboral de éstos mediante intervenciones que fomenten engagement.

2.2 Objetivos específicos

1. Evaluar el síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales del sector sanitario del distrito universitario de Salamanca (Ávila, Salamanca y Zamora) en todas las categorías profesionales posibles.
2. Obtener datos pormenorizados de incidencia y prevalencia por sectores y categorías profesionales del correspondiente distrito universitario, que puedan contrastarse con los obtenidos en otras Comunidades Autónomas y países europeos.
3. Elaborar un perfil del profesional con riesgo de padecer el síndrome.
4. Divulgar los resultados de esta investigación mediante la creación de publicaciones y asistencia a congresos y otros eventos de interés científico.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño

El estudio es de tipo descriptivo correlacional, de tipo ex post facto. Se han tomado medidas partiendo de una muestra voluntaria y experimentalmente accesible, tras consentimiento informado. Se ha garantizado el anonimato y confidencialidad de la información aportada.

3.2 Variables

Se han tomado medidas de las siguientes variables dependientes:

- a) Burnout, entendido como alto Agotamiento emocional (AE), Despersonalización o cinismo (DP) y falta de realización personal o baja eficacia profesional (RP) .
- b) Calidad de Vida, entendida en cuanto a la satisfacción con respecto a las condiciones de salud, como en lo que se refiere a la satisfacción con el desempeño del trabajo.
- c) Engagement, entendido en cuanto al vigor, dedicación y absorción que tienen los profesionales en sus trabajos.

Las variables independientes consideradas, han sido las siguientes:

- a) Satisfacción Laboral.
- b) Estrés de rol (sobrecarga laboral, conflicto y ambigüedad de roles).
- c) Apoyo social percibido.
- d) Bienestar y salud percibida.

A todas estas se han de añadir variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil, etc. Igualmente se han tomado medidas de diferentes variables contextuales, a saber: turnos de trabajo, profesión, horas de trabajo a la semana, antigüedad en el centro, antigüedad en la profesión, etc.

3.3 Instrumentos y procedimiento

Para la obtención de datos se ha procedido a la construcción, selección o adaptación, en su caso, de diferentes instrumentos. Tras la revisión documental pertinente, las diferentes pruebas se solicitaron mediante correo electrónico a los

principales autores de las mismas. En otros casos, se procedió a la compra de los instrumentos originales.

Una vez recopilados todos los instrumentos, miembros del equipo de investigación llevaron a cabo la traducción de los mismos mediante el proceso de doble traducción (inglés-español-inglés). Finalmente, la versión final de dichos instrumentos fue valorada por jueces expertos y tras sus sugerencias, quedó configurada la versión final piloto de los instrumentos de evaluación que se emplearían en el proyecto. Esta fase se llevó a cabo durante los meses de mayo a julio de 2005.

Seguidamente se establecieron una serie de contactos con los responsables de los hospitales que formarían parte del estudio. Así, se determinó contactar inicialmente con el hospital de Salamanca y posponer los contactos con los hospitales de Zamora y Ávila para otras fases del estudio. Hemos de indicar que finalmente, razones económicas y logísticas nos han llevado a realizar el estudio en los cuatro hospitales pertenecientes a Salamanca: Hospital Clínico, Hospital Virgen de la Vega, Hospital de los Montalvos, y Hospital de Béjar. Durante el mes de septiembre de 2005, se establecieron los contactos, telefónicamente y a través de correo electrónico, con el director de gestión y los responsables de calidad del Hospital Universitario de Salamanca. En el correo electrónico se les enviaba una carta con el propósito del estudio y se les adjuntaba una copia del cuestionario de evaluación. Tras ese contacto inicial, se estableció una primera reunión en donde miembros del equipo de investigación ofrecían información personalizada sobre el proyecto a los responsables del Hospital y se establecía el protocolo de actuación a seguir.

Durante los meses de septiembre y octubre, se mantuvieron tres reuniones de coordinación entre miembros del equipo de investigación y responsables del Hospital Universitario. En dichas reuniones se nos ofrecía información sobre el número de personas que trabajaban en el hospital, servicios que abarcaba, especialidades médicas, etc. También, se revisó el cuestionario piloto de evaluación y se redactó la versión final del instrumento. Además, se acordó que el cuestionario iría precedido de una carta de presentación de la responsable de la investigación. Finalmente, se estableció el procedimiento de distribución de 3.000 cuestionarios en el Hospital Universitario de Salamanca. Todos los cuestionarios se llevaron al hospital, donde se procedió a su distribución masiva. Los cuestionarios iban en sobre cerrado, garantizando así el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Además, a los participantes se les ofrecía la posibilidad de recibir un informe individualizado de los resultados obtenidos.

El proceso de evaluación se inició en el mes de diciembre de 2005 y los instrumentos incluidos en el cuadernillo de evaluación fueron los siguientes: 1) Cuestionario de datos sociodemográficos y contextuales, elaborado específicamente para este estudio (véase Anexo I); 2) Inventario Burnout de Maslach-General Survey (MBI-GS, de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996) para la evaluación del síndrome de burnout; 3) Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 (Meliá y Peiró, 1989); 4) Cuestionario de Salud Mental GHQ- 28 (Goldberg, 1970, adaptado por Lobo y cols.,1987) para evaluar el bienestar y salud percibida por los profesionales; 5) Cuestionario sobre el Contenido del Trabajo (traducido y adaptado de Karasek, 1979, por Flores y Jenaro, 2005); 6) Cuestionario General de Ambigüedad de Rol (C.G.A.R.) y de Conflicto de Rol (C.G.C.R.) de Peiró y cols. (1987); 7) Cuestionario de engagement (Schaufeli et al., 2000); 8) Cuestionario de Alimentación.

El estudio contó con una versión inicial en la que se utilizaron todos los instrumentos anteriormente mencionados, y que se aplicó a los participantes a través de dos formatos: en papel y electrónicamente, a través de una aplicación construida específicamente para tal efecto. Los problemas para recabar suficientes participantes a lo largo del primer año del estudio, y que fueron comentados en el informe de diciembre de 2005, nos llevaron a reducir la extensión del cuestionario.

Para la segunda fase se contactó con la responsable del área de enfermería, además de con los enlaces de los centros establecidos para la primera fase del estudio. El proceso de recogida de datos requirió además la entrega a cada responsable de planta o servicio, de cuestionarios para los trabajadores. También supuso la recogida de información a lo largo de cinco meses, hasta diciembre de 2006. En la Tabla 1 se resume el número de visitas a los centros y servicios, así como la muestra obtenida en cada caso.

Tabla 1. Tabla-resumen de actividades realizadas en la segunda fase del estudio

	N
Servicios visitados	38
Supervisoras de planta contactadas	38
Visitas realizadas	78
Evaluadores	5
Cuestionarios entregados durante las visitas	1.048
Cuestionarios recogidos personalmente	449
Cuestionarios recibidos por correo o a través de Internet	113

Así pues, en una segunda fase, que se ha prolongado a lo largo de todo el 2006, se han aplicado los siguientes cuestionarios: 1) Cuestionario de datos sociodemográficos y contextuales, elaborado específicamente para este estudio; 2) Inventario Burnout de Maslach(MBI-GS); 3) Ítems de del Cuestionario de Satisfacción Laboral; 4) Cuestionario de Salud Mental GHQ- 28; 5) Factores de apoyo social del supervisor y de apoyo social de compañeros del Cuestionario sobre el Contenido del Trabajo; 6) Items del cuestionario de ambigüedad de rol; 7) Cuestionario Breve de engagement .

Una vez aplicados los cuestionarios, analizamos la fiabilidad de las escalas, entendida como consistencia interna. Los datos obtenidos fueron de $\alpha=0,83$ para el cuestionario MBI, de $\alpha=0,82$ para el cuestionario de demandas; $\alpha=0,93$ para el cuestionario de Engagement; y de $\alpha=0,89$ para el cuestionario de salud de Goldberg. Los datos avalan por tanto la adecuación de los diferentes instrumentos empleados.

3.4 Participantes

En la Tabla 2 se ofrecen los datos relativos a los 562 participantes en el estudio. Se puede observar el predominio de profesionales de los hospitales emplazados en Salamanca (90,9%), frente al hospital de los Montalvos (4,5%) o de Béjar (4,7%). Predominan las mujeres (85%) frente a los hombres (15%), y casados o conviviendo con su pareja (68,2%), con cargas familiares (58%), y con estudios universitarios (63,35%). La edad promedio es de 44,67 años (DT=10,00), con una dispersión entre 22 y 65 años.

Tabla 2. Información sociodemográfica de los participantes

	N	Porcentaje
Hospital		
Béjar	26	4,7
Montalvos	25	4,5
Salamanca	508	90,9
Sexo		
Hombre	84	15,0
Mujer	475	85,0
Estado Civil		
Casado/a o convive	383	68,2
Divorciado/a o separado/a	25	4,5
Soltero/a	139	24,7

Viudo/a	9	1,6
N.R.	6	1,1
Cargas familiares		
No	205	36,5
Si	326	58,0
NR	31	5,5
Estudios		
Primaria o Secundaria/Graduado	28	4,98
Bachillerato o BUP o Formación Profesional	175	31,14
Estudios Univ./Diplomatura/ Licenciatura	356	63,35
N.R.	3	0,53

En la Tabla 3 se ofrecen datos relativos a la situación laboral de los participantes. Se puede observar cómo más de la mitad de la muestra son estatutarios/propietarios (53,4%). La categoría profesional predominante es la de personal de enfermería (46,1%).

Tabla 3. Situación laboral de los participantes

Situación laboral		
Contratado	2	0,4
Estatutario/Eventual	71	12,7
Estatutario/Interino	99	17,6
Estatutario/Propietario	300	53,4
Funcionario	24	4,3
Funcionario Interino	14	2,5
Laboral	12	2,1
M.I.R.	19	3,4
Otros	9	1,6
Sustituto	1	0,2
Vacante	1	0,2
N.R.	10	1,8
Categoría profesional		
P.E. Auxiliar de enfermería	128	22,8
P.E. Tco. Especialista	33	5,9
P.F.Médico Especialista	38	6,8
P.F.Médico M.I.R.	19	3,4
Personal Directivo	8	1,4
Personal de Enfermería	259	46,1
Personal no sanitario	76	13,5
N.R.	1	0,2

En la Tabla 4 se puede observar cómo el área de trabajo predominante en el caso de los participantes facultativos es el de rehabilitación (11,32%), seguido del de hematología, hemoterapia y de urgencias hospitalarias (9,43% en cada caso). En el caso del personal de enfermería, trabajan fundamentalmente en consultas externas (50,24%). Por último, el personal no sanitario trabaja generalmente en la administración (44%). Se observa no obstante una amplia variedad y diversidad de participantes y de áreas de trabajo, en los tres grupos de encuestados

Tabla 4. Información laboral de los participantes facultativos, de enfermería y no sanitarios

	N	Porcentaje
Área de Trabajo (facultativos)		
Anatomía Patológica	4	7,55
Anestesiología y reanimación	4	7,55

Aparato Digestivo	1	1,89
Cardiología	2	3,77
Cirugía Cardiovascular	1	1,89
Cirugía gral. Y aparato digest	2	3,77
Hematología y hemoterapia	5	9,43
Medicina intensiva	3	5,66
Medicina Interna	1	1,89
Nefrología	1	1,89
Neurología-Neurofisiología	1	1,89
Obstetricia y ginecología	2	3,77
Oftalmología	1	1,89
Oncología Medica	3	5,66
Oncología radioterápica	4	7,55
Otorrinolaringología	2	3,77
Pediatría-neonatología	2	3,77
Rehabilitación	6	11,32
Traumatología y cirugía ortopé	2	3,77
Urgencia Hospitalaria	5	9,43
Urología	1	1,89
Área de trabajo (enfermería)		
Consultas Externas	25	55,72
Hospitalización	211	16,19
Otros	69	0,72
Quirófano	14	16,67
Servicios Centrales	58	9,76
Urgencias	41	0,71
UVI	3	0,24
Área de Trabajo (personal no sanitario)		
Administración	33	44,00
Hostelería	9	12,00
Otros	10	13,33
Subalterno (celadores)	25	30,67

Como complemento a la Tabla anterior, en la Tabla 5 se ofrece información respecto al servicio en el que se trabaja. Se observa la amplia dispersión de servicios incluidos en el estudio, con un ligero predominio de los servicios de Urgencias del Clínico (9,84%) y UCI (8,25%).

Tabla 5. Servicio en el que trabajan los participantes

	N	Porcentaje		N	Porcentaje
Banco de sangre	5	1,59	Paritorio	9	2,86
C.Ext. Clínico	9	2,86	Pediatría	10	3,17
C.Ext. Virgen Vega	8	2,54	Psiquiatría	5	1,59
Cirugía	10	3,17	Radioterapia	1	0,32
Coronaria	14	4,44	Rayos	2	0,63
Esterilización	14	4,44	Reanimación	15	4,76
Farmacia	14	4,44	Rehabilitación	13	4,13
Ginecología	2	0,63	Servicios no sanitarios	17	5,40
Hematología	1	0,32	Suministros-Almacén	1	0,32
Hospital de día	4	1,27	Traumatología	10	3,17
Laboratorios	1	0,32	UCI	26	8,25
Medicina Interna	2	0,63	UCI Cardíaca	4	1,27
Nefrología	17	5,40	UCI Coronaria	3	0,95
Neonatología	17	5,40	UCI Pediátrica	12	3,81
Neonatos	4	1,27	Urgencias Clínico	31	9,84
Obstetricia	3	0,95	Urgencias Virgen Vega	12	3,81
Oncología	9	2,86	Urología	8	2,54
Otorrinolaringología	2	0,63	Total	315	100,00

A continuación (véase Tabla 6) se exponen las principales condiciones de trabajo de los encuestados. Se observa como la gran mayoría (93,8%) trabajan a

jornada completa, a turnos (61,2%), sin realizar guardias (68,7%) y con turno rotatorio (55%).

Tabla 6. Características de las condiciones de trabajo de los participantes.

	N	Porcentaje
Jornada		
Completa	527	93,8
Parcial	20	3,6
N.R.	15	2,7
Turnos		
No	185	32,9
Si	344	61,2
N.R.	33	5,9
Guardias		
No	386	68,7
Si	116	20,7
N.R.	60	10,7
Turno		
Mañana	212	37,7
Partido	22	3,9
Rotatorio	309	55,0
Tarde	16	2,8
N.R.	3	0,5

Los datos más relevantes sobre la antigüedad y experiencia de los participantes, se exponen en la Tabla 7. Se observa así cómo la mayoría (61%) de los encuestados llevan trabajando en ese hospital más de 11 años. Llevan además trabajando en esa profesión más de 16 años (58,3%) y en ese mismo servicio más de 11 años (41,5%).

Tabla 7. Antigüedad profesional de los participantes

	N	Porcentaje
Antigüedad en hospital		
Menos 1 año	58	10,4
1-2 años	34	6,1
3-5 años	50	9
6-8 años	44	7,9
9-11 años	31	5,6
Mas 11 años	339	61
Antigüedad en profesión		
Menos 1 año	24	4,3
1-4 años	41	7,4
5-8 años	46	8,3
9-12 años	53	9,5
13-16 años	68	12,2
Mas 16 años	324	58,3
Antigüedad en servicio		
Menos 1 año	99	17,8
1-2 años	58	10,4
3- 5años	80	14,4
6-8 años	60	10,8
9-11 años	28	5,0
Mas 11 años	231	41,5

Se ofrecen seguidamente los resultados obtenidos en respuesta a los objetivos planteados.

4 RESULTADOS

4.1 Comunicación horizontal y vertical

Comenzamos ofreciendo información respecto a la satisfacción con el flujo de información en la organización, tanto en lo referente a la comunicación horizontal como vertical. Así, en la Tabla 8 se puede observar cómo respecto a las valoraciones sobre la claridad con la que superiores y supervisores, expresan claramente lo que esperan, necesitan o desean que hagan los profesionales a su cargo, un 50,8% indica que esto no sucede nunca o pocas veces. Por su parte, respecto a si los compañeros y personas que ocupan aproximadamente el mismo nivel jerárquico, expresan claramente lo que esperan, necesitan o quieren que haga el profesional encuestado, un 55,1% manifiesta que no sucede nunca a pocas veces.

Por lo que se refiere a la recepción de información clara acerca de las tareas del puesto de trabajo, un 48,2% indican que esto no sucede nunca o pocas veces. Las valoraciones respecto a la recepción de información clara y precisa acerca de los límites de las responsabilidades y competencias de cada uno, para un 65,3% de los encuestados esto no sucede nunca o pocas veces. Finalmente, respecto a si se recibe información clara y precisa acerca de las promociones y ascensos que puede obtener, un 87,9% de los encuestados manifiesta que esto no sucede nunca o pocas veces.

Tabla 8. Valoración de aspectos de comunicación en la organización

	N	Porcentaje
Información de superiores		
Nada	66	11,7
Poco	220	39,1
Bastante	170	30,2
Mucho	104	18,5
N.R.	2	0,4
Información de compañeros		
Nada	76	13,5
Poco	234	41,6
Bastante	165	29,4
Mucho	80	14,3
N.R.	7	1,2
Información de tareas		
Nada	53	9,4
Poca	218	38,8

Bastante	228	40,6
Mucha	61	10,9
N.R.	2	0,4
Información sobre límites de autoridad		
Nada	100	17,8
Poca	267	47,5
Bastante	158	28,1
Mucha	35	6,2
N.R.	2	0,4
Información sobre promociones		
Nada	243	43,2
Poca	251	44,7
Bastante	58	10,3
Mucha	7	1,2
N.R.	3	0,5

4.2 Ansiedad, depresión y estrés

En la Tabla 9 se puede observar cómo ante la pregunta de si durante el desempeño de su actual profesión, ha solicitado alguna baja o ha ido al médico por problemas de ansiedad, estrés o depresión, un 17,6% responde afirmativamente. Así mismo, un 71,9% considera que su trabajo es estresante.

Tabla 9. Niveles de ansiedad, depresión y estrés

	N	Porcentaje
Baja		
Si	99	17,6
No	461	82,0
N.R.	2	,4
Estrés		
Sí	404	71,9
No	148	26,3
N.R.	10	1,8

En la Tabla 10 se ofrecen los datos relativos a la valoración de los diferentes estresores. En este sentido se puede observar cómo, valorados en una escala de 0 a 10 puntos, donde el 10 es la máxima puntuación, los principales estresores se relacionan con la cantidad de tareas a realizar, así como con la cantidad de pacientes a atender. Los estresores más débiles se refieren a las relaciones con el supervisor y con los compañeros.

Tabla 10. Valoración de los principales estresores

	Media	D.T.
E. CANTID TAREAS	6,06	2,82
E. CANTIDAD PACIENTES	5,82	3,08
E. RESPONS	5,76	2,73
E.BUROCRAIA	5,53	2,83
E. TURNOS	5,15	3,18
E. REL. FAMILIARES	4,92	2,98
E. NO INFO DESEMPEÑO	4,59	2,79
E. POCA FORMACION	4,49	2,72
E.SERVICIO	4,44	3,06
E.CONTACTO ENFERMOS	4,36	2,95

E. REL. COMPAÑEROS	4,30	2,87
E. REL. SUPERVISOR	4,03	2,96

En la Tabla 11 se puede observar la existencia de correlaciones significativas, pero por lo general medias-bajas entre los diferentes estresores. Ello indica la existencia de factores diferentes evocadores de estrés.

Tabla 11. Correlaciones entre los principales estresores

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	,324**	,324**	,397**	,219**	,304**	,403**	,170**	,178**	,282**	,137**	,240**
2		1	,663**	,334**	,258**	,510**	,326**	,158**	,195**	,376**	,178**	,309**
3			1	,349**	,270**	,314**	,324**	,148**	,229**	,391**	,210**	,308**
4				1	,304**	,471**	,543**	,213**	,207**	,284**	,218**	,271**
5					1	,310**	,256**	,392**	,514**	,347**	,237**	,352**
6						1	,527**	,149**	,240**	,342**	,153**	,293**
7							1	,150**	,227**	,382**	,212**	,228**
8								1	,564**	,353**	,389**	,411**
9									1	,488**	,320**	,402**
10										1	,286**	,352**
11											1	,391**
12												1

** signif. con $p < 0,01$

1= turnos; 2= cantidad tareas; 3= respons; 4= contacto enfermos; 5= poca formación; 6= cantidad pacientes; 7= rel. Familiares; 8= rel. Supervisor; 9= no info desempeño; 10= e.burocracia; 11= e. rel. Compañeros; 12= e.servicio.

4.3 Satisfacción laboral

En la Tabla 12 se puede observar cómo predominan quienes indican encontrarse bastante satisfechos (60,3%) con el trabajo que desempeñan, si bien, un 55,2% indican sentirse poco o nada satisfechos con el sistema de trabajo. Un 34,9% indica que no volverían a elegir el trabajo que desempeñan actualmente, y un 68,7% indican que no lo cambiarían. La remuneración es objeto de un claro descontento, con un 64,6% de personas que manifiestan encontrarse poco o nada satisfechos con el salario.

Tabla 12. Satisfacción laboral

	N	Porcentaje
Satisfacción laboral		
Nada	19	3,4
Poco	140	24,9
Bastante	339	60,3
Mucho	60	10,7
N.R.	4	0,7

Satisfacción con sistema de trabajo		
Nada	51	9,1
Poco	259	46,1
Bastante	220	39,1
Mucho	27	4,8
N.R.	5	0,9
Elección del trabajo		
Nada	79	14,1
Poco	117	20,8
Bastante	232	41,3
Mucho	128	22,8
N.R.	6	1,1
Cambio de trabajo		
Mucho	46	8,2
Bastante	124	22,1
Poco	169	30,1
Nada	217	38,6
N.R.	6	1,1
Satisfacción con remuneración		
Nada	174	31,0
Poco	301	53,6
Bastante	78	13,9
Mucho	4	0,7
N.R.	5	0,9

En la Tabla 13 se indican los promedios y dispersión de las puntuaciones en calidad de vida y en calidad de vida laboral, evaluados en una escala de 10 puntos. Los datos indican una superior valoración de la calidad de vida frente a la calidad de vida laboral, que recibe únicamente 5,53 puntos.

Tabla 13. Valoración de la calidad de vida y de la calidad de vida laboral

	Media	D.T.
Calidad de Vida	7,19	1,64
Calidad de Vida Laboral	5,53	2,10

4.4 Burnout y engagement

En la Tabla 14 se exponen los resultados relativos a la distribución de participantes en niveles bajos, medios o elevados de burnout y sus factores, así como de engagement y sus respectivos componentes. Se observa cómo un 28,1% de los participantes manifiestan niveles altos de agotamiento emocional, un 47,9% indican tener un alto cinismo, y un 42,7% obtienen puntuaciones que denotan una baja eficacia profesional. En cuanto a los factores protectores del burnout, un 21% de los encuestados obtiene puntuaciones elevadas en vigor, un 32,2% puntúa elevado en dedicación, y un 34,8% obtiene elevadas puntuaciones en absorción. Además, 76

participantes (13,5%) muestran elevadas puntuaciones en absorción, dedicación y vigor, simultáneamente.

Tabla 14. Valoración de la calidad de vida y de la calidad de vida laboral

	N	Porcentaje
Agotamiento emocional		
Bajo Agotamiento	281	50,4
Medio Agotamiento	120	21,5
Alto Agotamiento	157	28,1
Cinismo		
Bajo Cinismo	140	25,1
Medio Cinismo	150	26,9
Alto Cinismo	267	47,9
Eficacia profesional		
Baja EP	238	42,7
Media EP	168	30,1
Alta EP	152	27,2
Vigor		
Bajo Vigor	230	40,9
Medio Vigor	214	38,1
Alto Vigor	118	21,0
Dedicación		
Baja dedicación	126	22,4
Media dedicación	255	45,4
Alta dedicación	181	32,2
Absorción		
Baja absorción	100	18,9
Media absorción	244	46,2
Alta absorción	184	34,8

4.5 Síntomas

En la Tabla 15 se resumen los principales resultados relativos a la salud psicológica, física y social de las personas entrevistadas. Se puede observar cómo un 34,9% presenta síntomas somáticos, por ejemplo dolores de cabeza, sensación de cansancio, etc.; un 51,4% manifiesta síntomas de ansiedad-insomnio; un 3,1% refiere síntomas de disfunción social o de percepción de insatisfacción con lo que se realiza, sensación de inutilidad y falta de valía hacia el propio trabajo y hacia diferentes roles vitales. Finalmente un 4,3% indica tener sentimientos de depresión o desesperanza.

Tabla 15. Distribución de frecuencias en variables de salud

	N	Porcentaje
Síntomas somáticos		
Ausencia	362	65,1
Presencia	194	34,9
Ansiedad-insomnio		

Ausencia	270	48,6
Presencia	286	51,4
Disfunción social		
Ausencia	536	96,9
Presencia	17	3,1
Depresión		
Ausencia	535	95,7
Presencia	24	4,3

4.6 Asociación entre variables individuales, organizacionales y calidad de vida laboral

En este apartado ofrecemos una serie de análisis para contrastar el posible impacto de factores individuales de tipo sociodemográficos, profesionales y organizacionales.

4.6.1 Variables sociodemográficas asociadas al burnout y al engagement

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos tras analizar la asociación entre variables sociodemográficas como la edad, el estado civil y la ausencia o presencia de cargas familiares, la antigüedad en el hospital, la antigüedad en la profesión, la antigüedad en el servicio, y los resultados en burnout y en engagement. Los análisis de la posible asociación entre las diferentes variables categóricas pusieron de manifiesto la existencia de una asociación significativa entre el estado civil y los niveles de agotamiento emocional ($\chi^2 = 13,042$; $df=6$; $p=0,042$). En la Figura 1 se puede observar cómo en las personas divorciadas o separadas predominan los niveles elevados de agotamiento emocional, frente a quienes se encuentran por ejemplo solteros, en los que predominan los bajos niveles de agotamiento emocional, seguidos de los niveles medios y bajos.

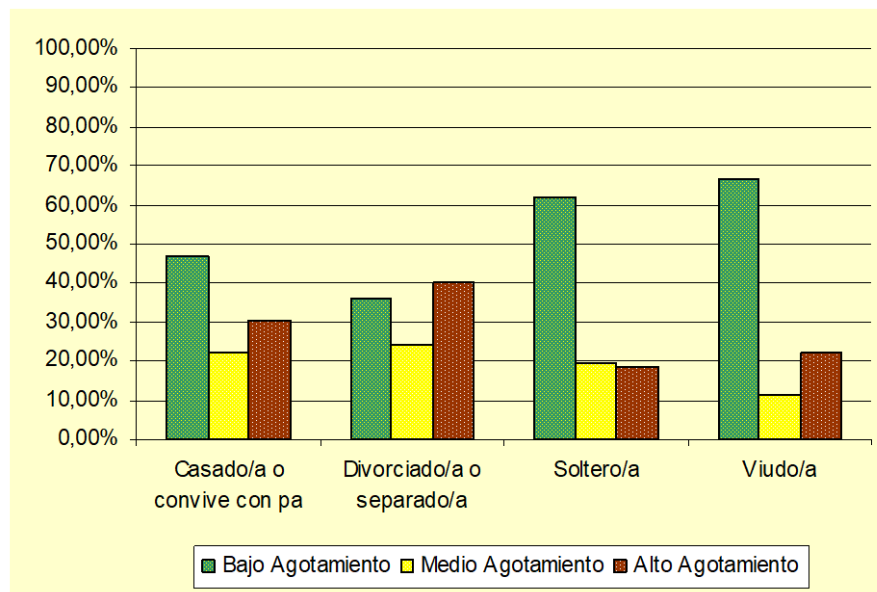


Figura 1. Frecuencia de niveles de agotamiento emocional y estado civil

El análisis de la posible asociación entre estado civil y niveles de cinismo puso de manifiesto una ausencia de asociación significativa ($\chi^2 = 11,424$; $df=6$; $p=0,076$). Del mismo modo, no se encontró asociación significativa entre estado civil y niveles de eficacia profesional ($\chi^2 = 3,626$; $df=6$; $p=0,727$).

Por lo que respecta a factores protectores del estrés crónico, el análisis de la asociación posible entre estado civil y niveles de vigor puso de manifiesto la ausencia de asociación ($\chi^2 = 8,567$; $df=6$; $p=0,199$). Por su parte, los análisis evidenciaron una asociación significativa entre la variable estado civil y la dedicación ($\chi^2 = 14,331$; $df=6$; $p=0,026$) (véase Figura 2). Concretamente, se observa cómo en personas que se encuentran viudas o divorciadas/separadas predominan los niveles de alta dedicación, mientras que en las casados/conviviendo o en las solteras, son más frecuentes los niveles de dedicación media. No se encontraron asociaciones significativas entre el estado civil y la absorción ($\chi^2 = 7,726$; $df=6$; $p=0,259$).

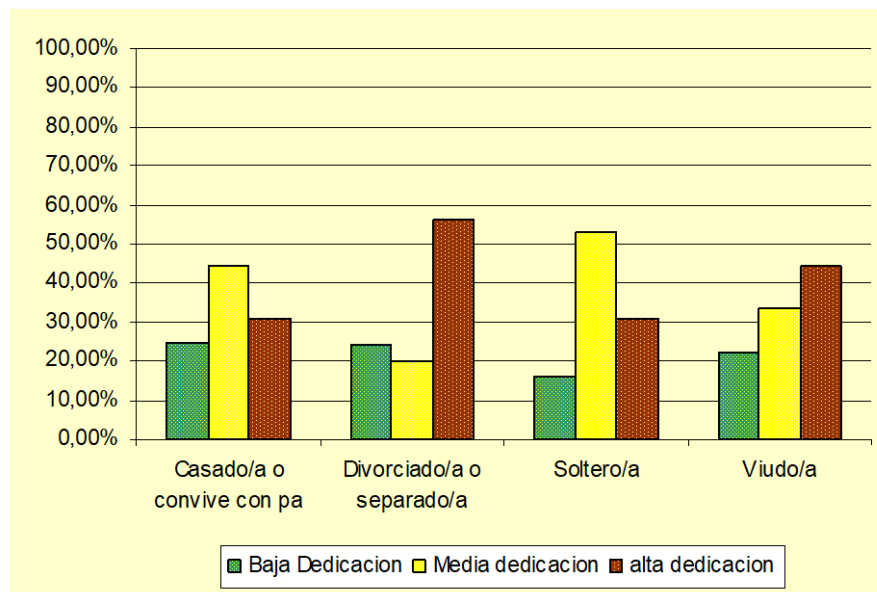


Figura 2. Frecuencia de niveles de dedicación y estado civil

Los análisis realizados en segundo lugar con la variable cargas familiares (ausencia o presencia) y los factores asociados con el burnout o con el engagement pusieron de manifiesto la existencia de una asociación significativa entre la variable anteriormente mencionada y el agotamiento emocional ($\chi^2 = 16,979$; $df=2$; $p=0,000$) (véase Figura 3). Así, en las personas con cargas familiares es más frecuente la existencia de alto agotamiento que en las personas sin cargas familiares, donde el predominio de niveles bajos de agotamiento es bastante más frecuente. Los análisis sobre la posible asociación entre la presencia o ausencia de cargas familiares y la variable cinismo indicó una ausencia de significación, al igual que sucedió con las variables eficacia profesional, vigor, y absorción. Por su parte, se encontró una asociación significativa entre las cargas familiares y la variable dedicación ($\chi^2 = 7,046$; $df=2$; $p=0,030$) (véase Figura 4). La Figura 4 refleja cómo en el caso de las personas sin cargas familiares, los niveles de dedicación son bajos muy pocas veces, frente al caso de las personas con cargas familiares, donde los niveles de baja dedicación son más frecuentes. No obstante, en ambos casos predominan los niveles medios o altos de dedicación.

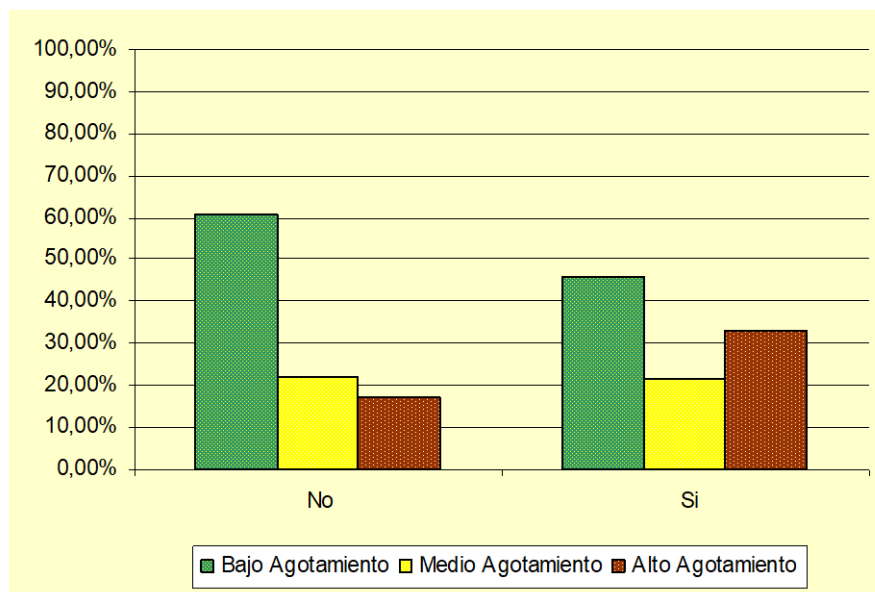


Figura 3. Frecuencia de niveles de agotamiento y ausencia o presencia de cargas familiares

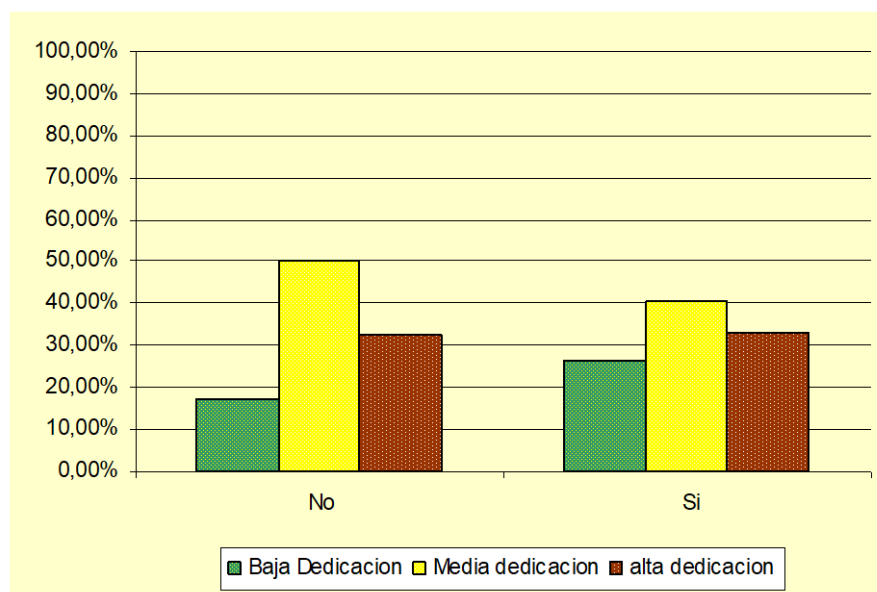


Figura 4. Frecuencia de niveles de dedicación y ausencia o presencia de cargas familiares

Los análisis con la variable sexo y el burnout y el engagement pusieron de manifiesto la existencia de una única asociación significativa entre esta variable y la absorción ($\chi^2 = 9,396$; $df=2$; $p=0,009$) (véase Figura 5). En las mujeres es bastante más frecuente la existencia de elevados niveles de absorción, frente a los hombres, en los que predominan los niveles medios.

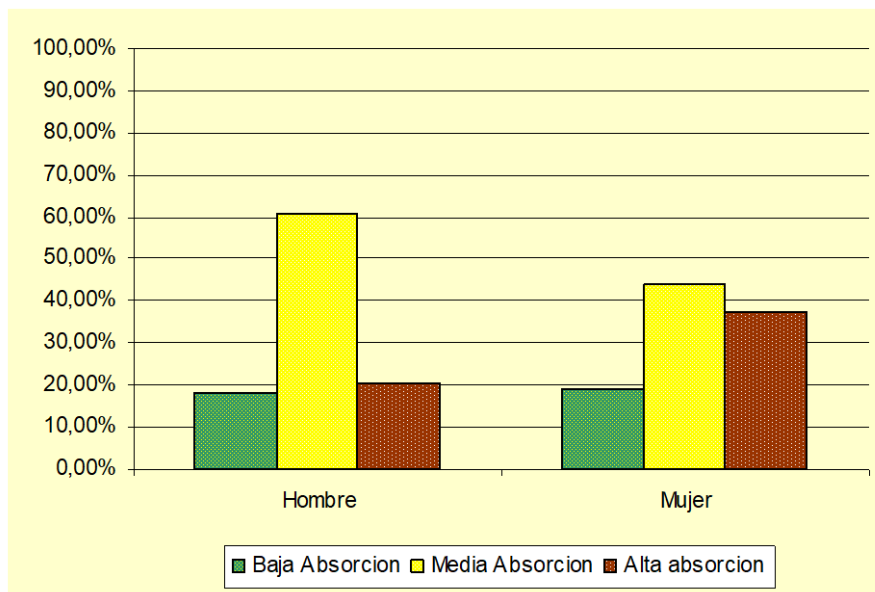


Figura 5. Frecuencia de niveles de absorción y sexo

El análisis entre burnout, engagement y antigüedad en el hospital, pusieron de manifiesto la ausencia de asociación significativa, con la salvedad de la variables dedicación ($\chi^2 = 20,975$; $df=10$; $p=0,021$) (véase Figura 6). Se observa cómo los niveles de dedicación suelen ser más bajos a medida que aumenta la antigüedad. Se produce también una tendencia a reducir los niveles medios y altos de dedicación.

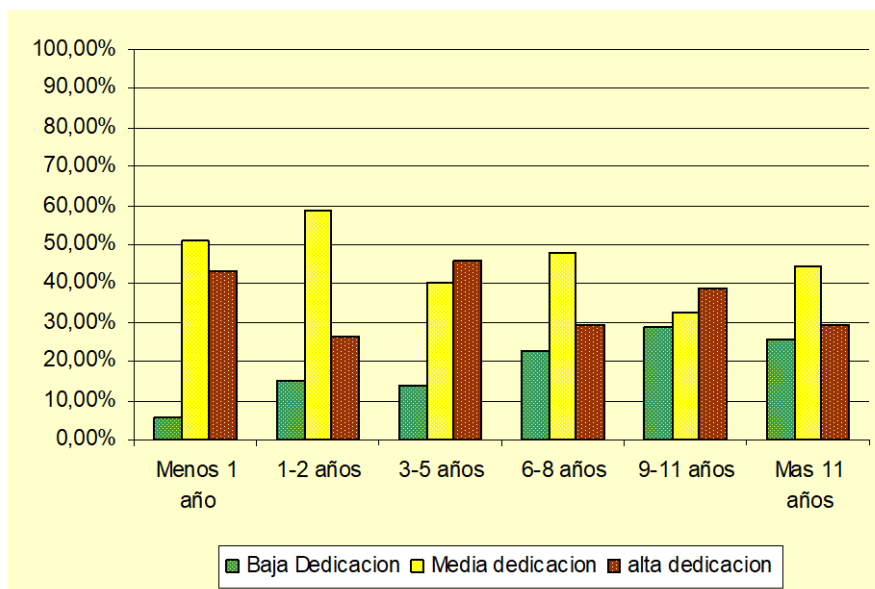


Figura 6. Frecuencia de niveles de dedicación y antigüedad en el hospital

Los análisis realizados con la variable antigüedad en la profesión pusieron de manifiesto la existencia de una asociación significativa con las variables agotamiento

($\chi^2 = 28,724$; $df=10$; $p=0,001$) y concretamente, los niveles de bajo agotamiento van descendiendo con el paso del tiempo, a medida que aumentan los niveles elevados. Lo mismo sucede con las variables cinismo ($\chi^2 = 30,005$; $df=10$; $p=0,001$) y vigor ($\chi^2 = 25,949$; $df=10$; $p=0,004$). Por su parte, los niveles de dedicación ($\chi^2 = 31,913$; $df=10$; $p=0,000$) y absorción ($\chi^2 = 19,349$; $df=10$; $p=0,036$) suelen experimentar un descenso hasta alcanzar un punto en el que vuelven a subir ambos niveles (véanse Figuras 7 a 11).

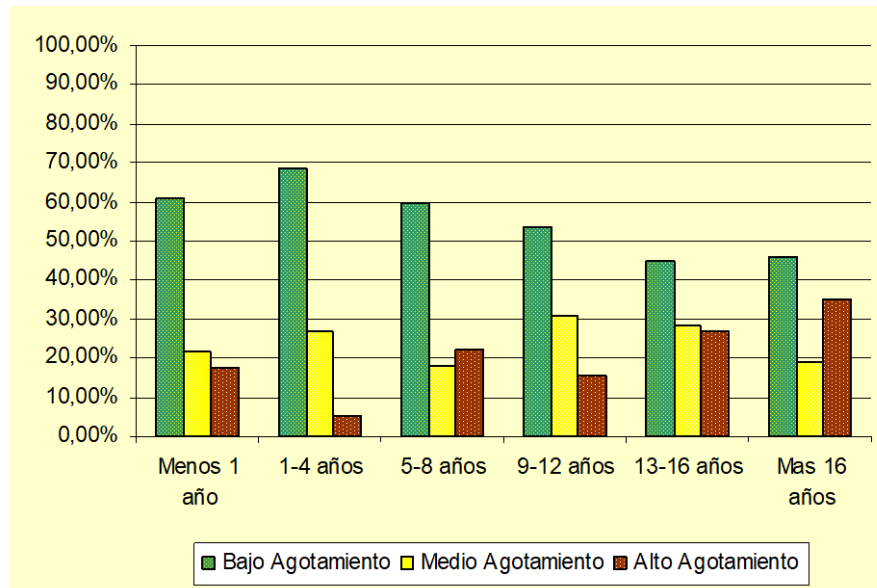


Figura 7. Frecuencia de niveles de agotamiento y antigüedad en la profesión

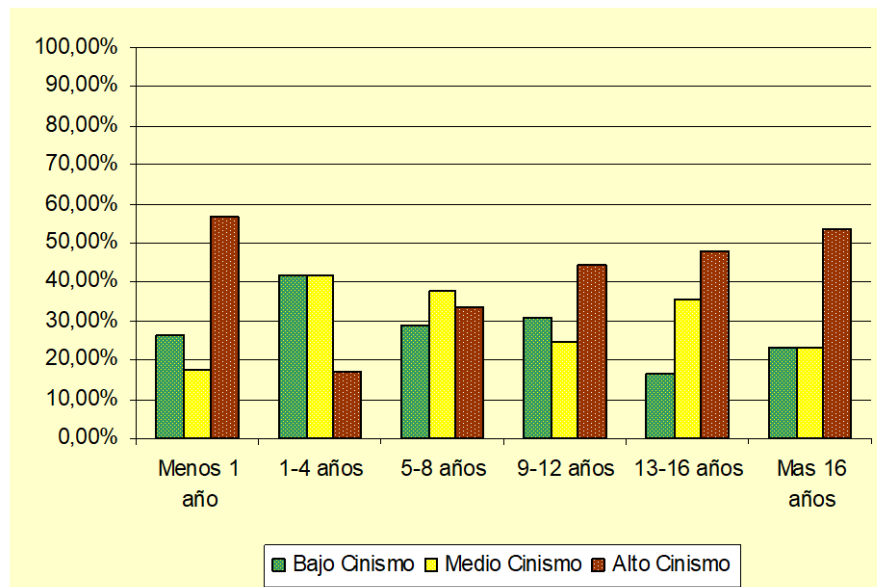


Figura 8. Frecuencia de niveles de cinismo y antigüedad en la profesión

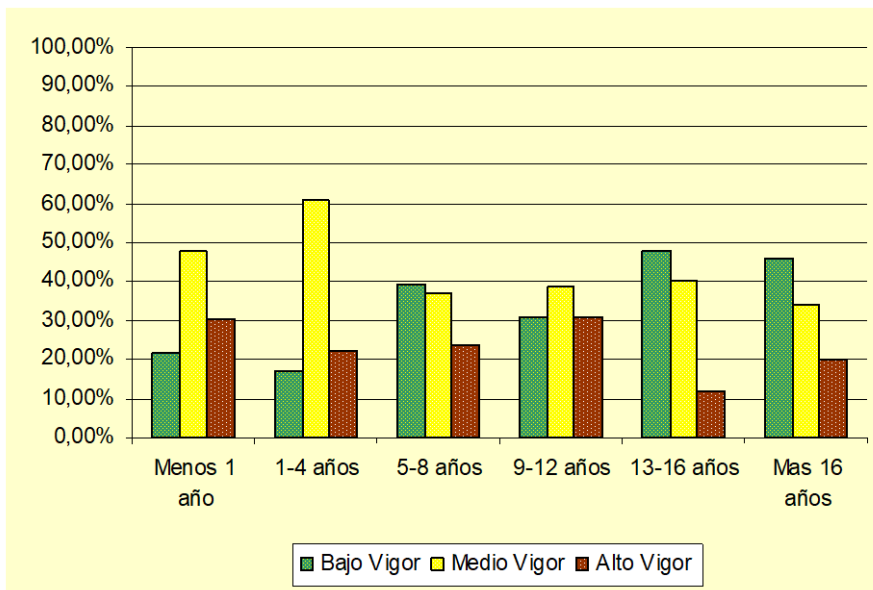


Figura 9. Frecuencia de niveles de vigor y antigüedad en la profesión

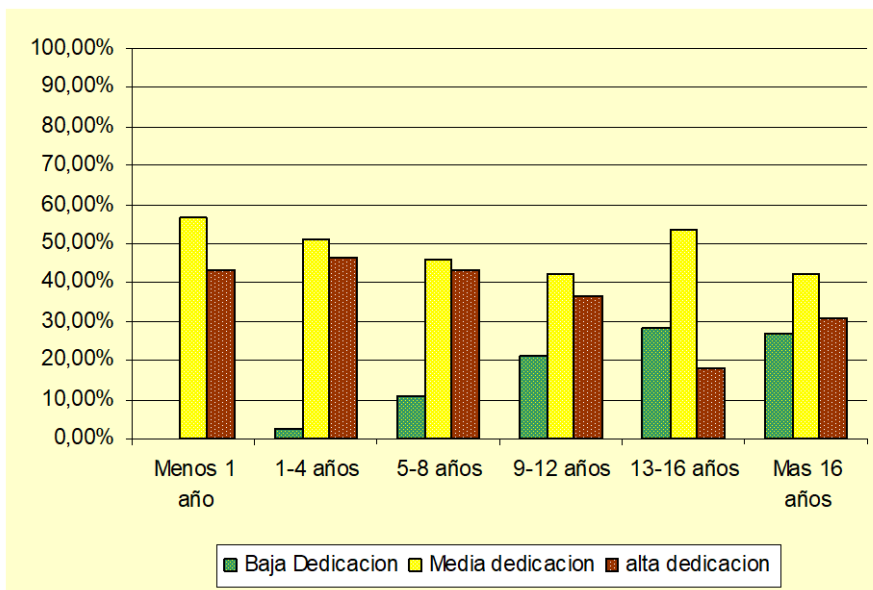


Figura 10. Frecuencia de niveles de dedicación y antigüedad en la profesión

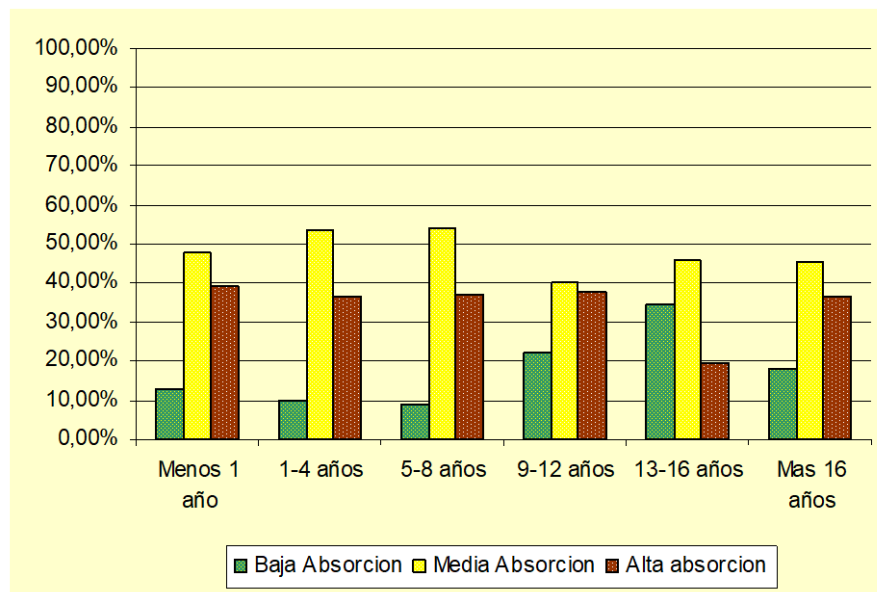


Figura 11. Frecuencia de niveles de absorción y antigüedad en la profesión

En cuanto a los resultados relativos a la antigüedad en el servicio y las variables de interés, los análisis indicaron una ausencia de asociación significativa entre las variables.

4.6.2 Variables profesionales asociadas al burnout y al engagement

Las variables analizadas fueron el tipo de jornada, la presencia o ausencia de turnos, la presencia o ausencia de guardias, la relación o no entre los estudios cursados y la profesión que se está desempeñando, la presencia o ausencia de bajas laborales, y la percepción o no de estrés laboral.

En primer lugar, los análisis con la variable jornada, evidenciaron una asociación significativa únicamente con la variable agotamiento emocional ($\chi^2 = 7,686$; $df=2$; $p=0,021$) (véase Figura 12). Se observa un mayor predominio de niveles altos de agotamiento en las personas que manifiestan no realizar turnos, que en quienes los realizan.

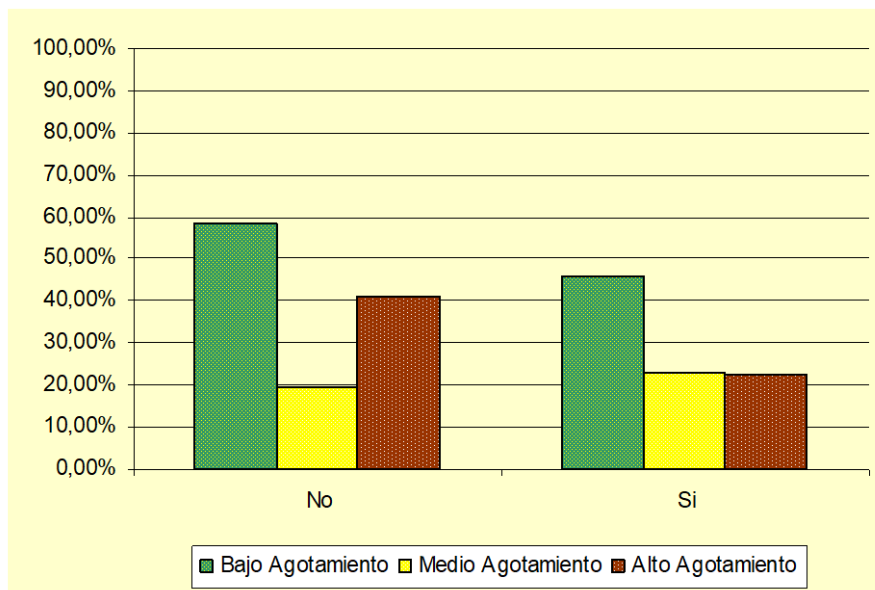


Figura 12. Frecuencia de niveles de agotamiento y la realización o no de turnos en el trabajo

En cuanto a la presencia o ausencia de guardias, no se encontraron asociaciones significativas con las diferentes variables de interés. Respecto a la existencia o no de relación entre los estudios cursados y el trabajo que se realiza, los datos indicaron una asociación significativa con la eficacia profesional ($\chi^2 = 6,278$; $df=2$; $p=0,043$), dedicación ($\chi^2 = 19,064$; $df=2$; $p=0,000$) (véanse Figuras 13 y 14). En las personas cuyos estudios no coinciden con la profesión que se está desempeñando, predominan los niveles de baja eficacia profesional y de baja dedicación, en mayor medida que quienes se han formado para el trabajo actualmente desempeñado.

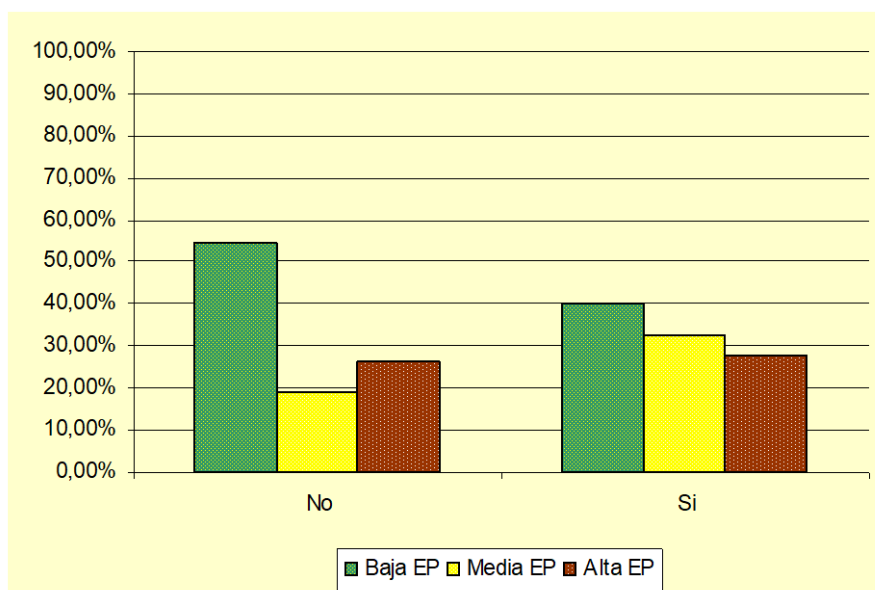


Figura 13. Relación o no entre estudios cursados y trabajo desempeñado y eficacia profesional

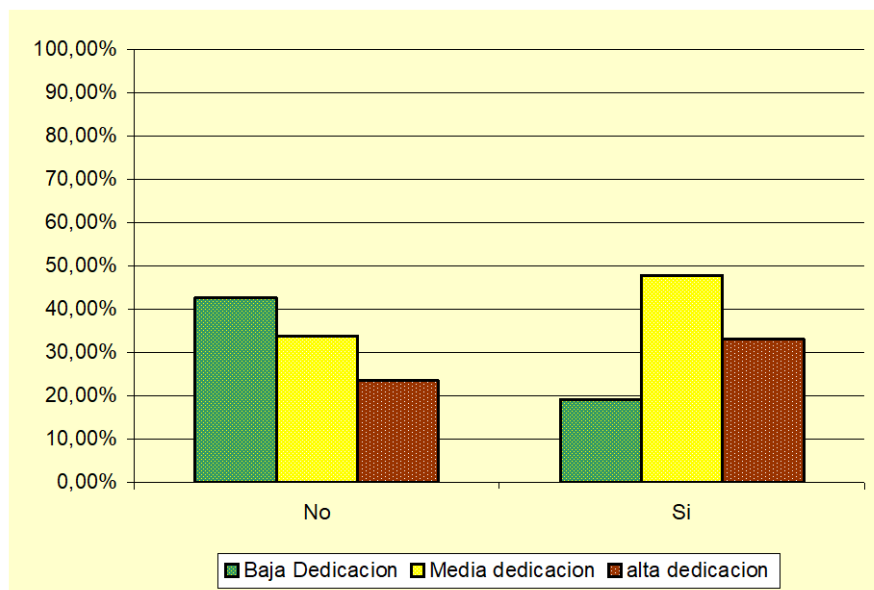


Figura 14. Relación o no entre estudios cursados y trabajo desempeñado y dedicación

Los análisis efectuados teniendo en cuenta la presencia o ausencia de bajas laborales, indicaron una asociación significativa con el agotamiento emocional ($\chi^2 = 33,521$; $df=2$; $p=0,000$) en el sentido de que en quienes han solicitado bajas predominan los niveles de alto agotamiento, frente a quienes no las han solicitado, para quienes predominan los niveles de bajo agotamiento. Respecto a la variable cinismo ($\chi^2 = 30,673$; $df=2$; $p=0,000$), se observa una frecuencia mucho más elevada de niveles altos en personas que han solicitado una baja. En cuanto a la dedicación ($\chi^2 = 11,532$; $df=2$; $p=0,003$), las personas que han solicitado una baja muestran con mayor frecuencia niveles de baja dedicación, mientras que sus compañeros que no la han solicitado suelen mostrar niveles medios o altos de dedicación (véanse Figuras 15 a 17).

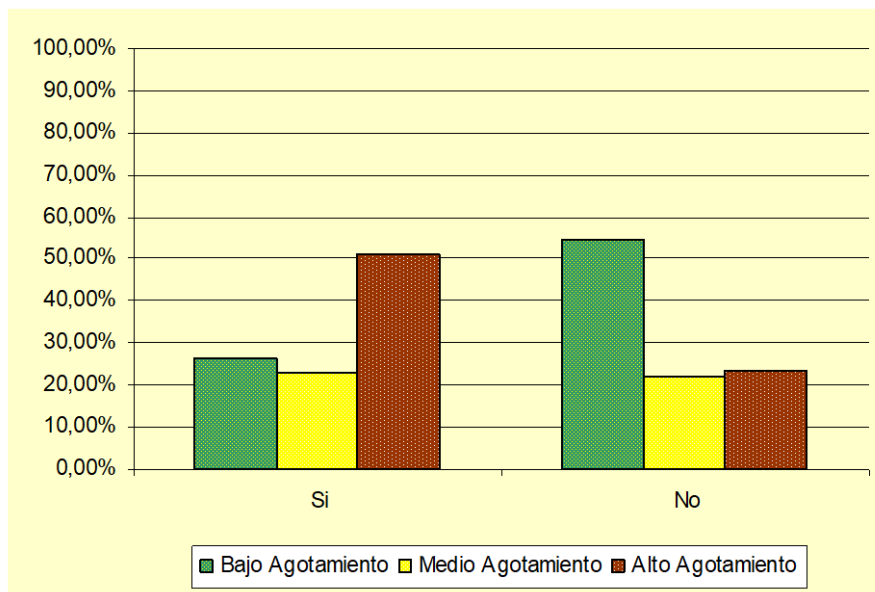


Figura 15. Relación entre baja laboral o no y agotamiento emocional

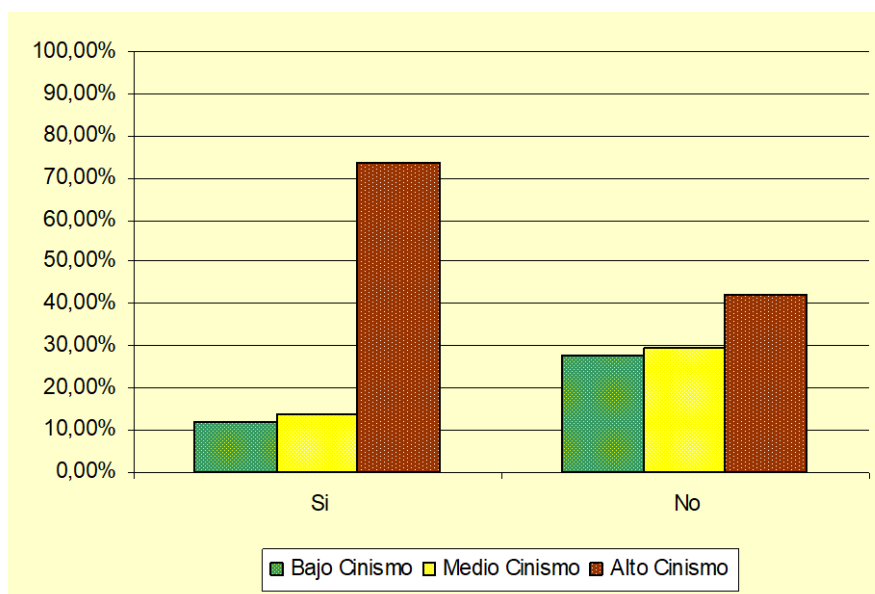


Figura 16. Relación entre baja laboral o no y cinismo

El análisis de la relación entre la percepción o no de estrés laboral y el burnout y el engagement pusieron de manifiesto la existencia de una asociación significativa con el agotamiento emocional ($\chi^2 = 56,137$; $df=2$; $p=0,000$), en el sentido de que quienes no consideran su trabajo estresante manifiestan niveles mucho más bajos de agotamiento emocional. Lo mismo es posible afirmar respecto al cinismo ($\chi^2 = 24,819$; $df=2$; $p=0,000$). En cuanto al vigor ($\chi^2 = 11,345$; $df=2$; $p=0,003$) y la dedicación (χ^2

=19,365; df=2; $p=0,000$), los profesionales que consideran que su trabajo no es estresante muestran niveles más elevados de vigor y de dedicación (véanse Figuras 18 a 21).

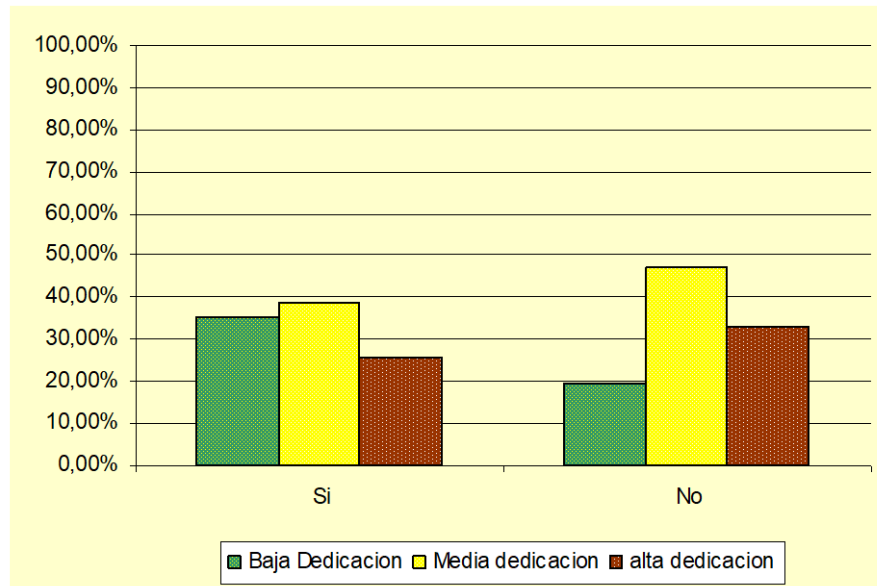


Figura 17. Relación entre baja laboral o no y dedicación

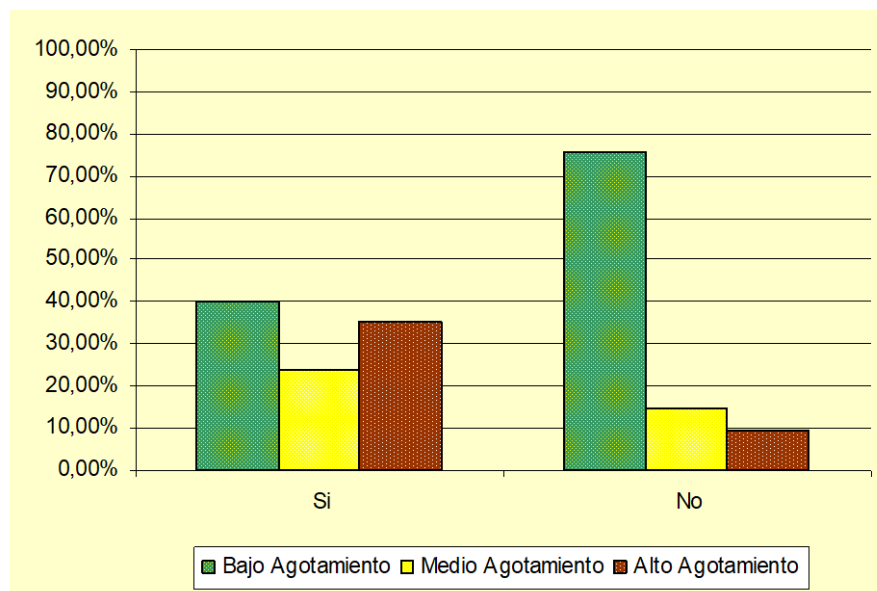


Figura 18. Relación entre percepción o no de estrés laboral y agotamiento emocional

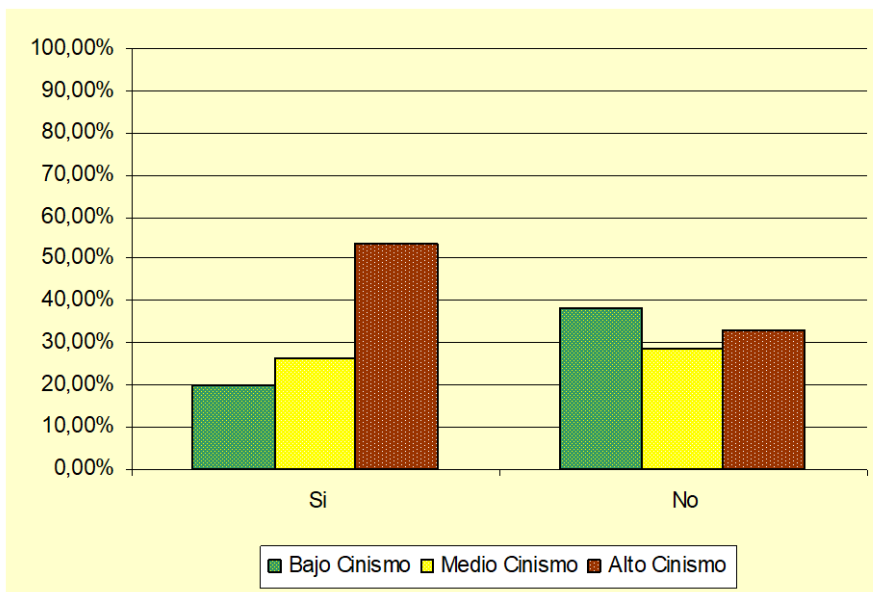


Figura 19. Relación entre percepción o no de estrés laboral y cinismo

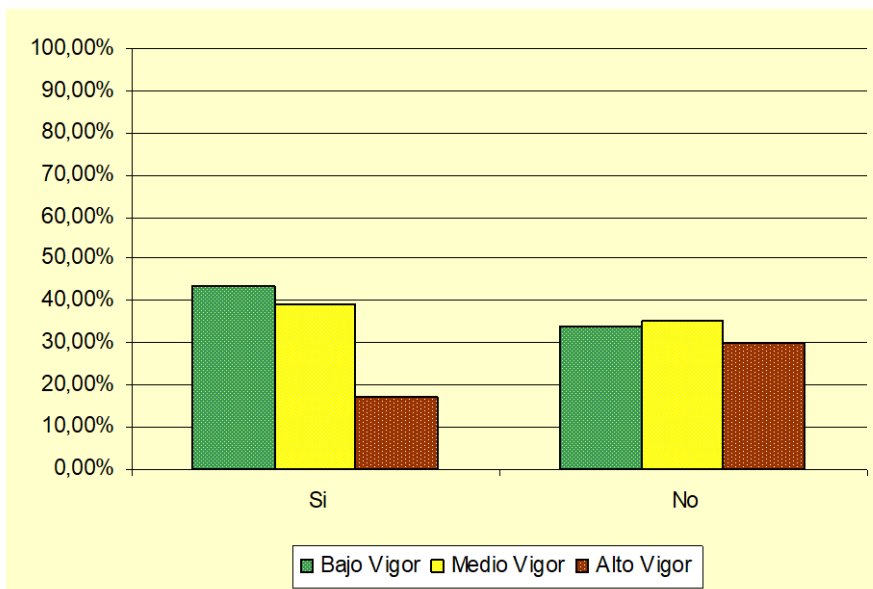


Figura 20. Relación entre percepción o no de estrés laboral y vigor

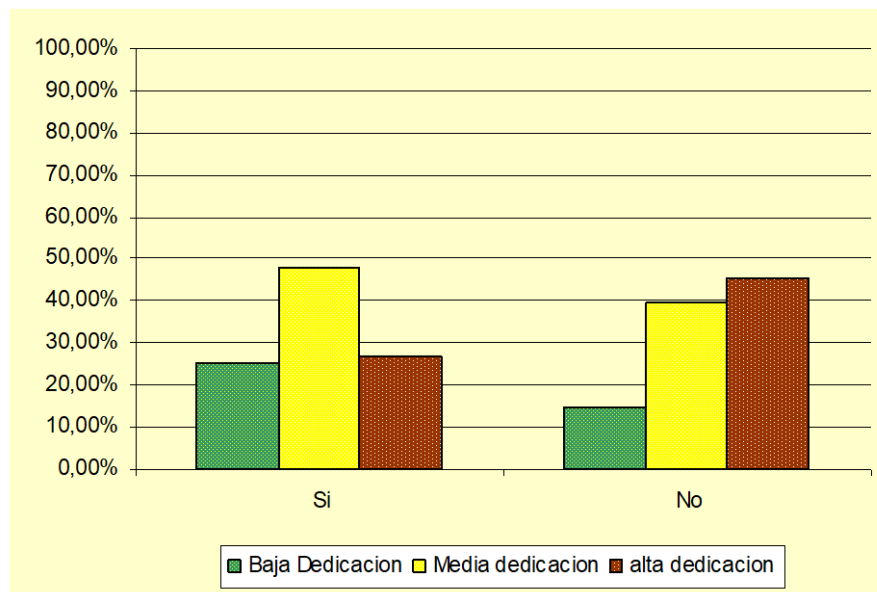


Figura 21. Relación entre percepción o no de estrés laboral y dedicación

4.6.3 Variables organizacionales asociadas al burnout y al engagement

En la Tabla 16 se ofrecen los resultados obtenidos tras analizar la posible asociación entre las variables de interés. Para facilitar la exposición de resultados se han destacado en color rojo las correlaciones negativas. Se puede observar cómo de acuerdo a nuestras previsiones, existe una asociación negativa (i.e. inversa) entre los factores que denotan engagement (vigor, dedicación, absorción), apoyo social (del supervisor, de compañeros, total), ambigüedad de rol y satisfacción (satisfacción laboral), y los factores que denotan burnout (agotamiento, cinismo, eficacia profesional) y problemas de salud (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social, depresión).

Tabla 16. Correlaciones entre factores de burnout, de engagement, apoyos y salud

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	,622**	,036	-,442**	-,362**	-,150**	-,282**	-,229**	-,310**	-,156**	-,532**	,432**	,409**	,397**	,368**
3		1	,070	-,384**	-,388**	-,206**	-,287**	-,328**	-,365**	-,195**	-,497**	,319**	,335**	,359**	,446**
4			1	,248**	,340**	,295**	,059	,070	,076	,045	,169**	-,149**	-,089*	-,143**	-,078
5				1	,794**	,660**	,290**	,276**	,342**	,270**	,578**	-,280**	-,198**	-,320**	-,205**
6					1	,726**	,299**	,296**	,360**	,275**	,670**	-,249**	-,180**	-,312**	-,231**
7						1	,228**	,165**	,242**	,220**	,462**	-,086*	-,055	-,200**	-,083*
8							1	,388**	,871**	,429**	,349**	-,159**	-,122**	-,190**	-,154**
9								1	,791**	,240**	,308**	-,179**	-,172**	-,201**	-,231**
10									1	,413**	,398**	-,201**	-,173**	-,233**	-,225**
11										1	,349**	-,091*	-,107*	-,109*	-,109*
12											1	-,303**	-,280**	-,331**	-,318**
13												1	,557**	,357**	,390**

14	1	,328**	,494**
15		1	,450**
16			1

** signif. con $p < 0,01$; * signif. con $p < 0,05$

1= agotamiento; 2= cinismo; 3= eficacia profesional; 4=vigor; 5=dedicación; 6=absorción; 7=ap.social supervisor; 8=ap. social compañeros; 9=apoyo social; 10=ambigüedad rol; 11=satisfacc. laboral; 12=síntomas somáticos; 13=ansiedad insomnio; 14=disfunción social; 15=depresión

En la Tabla 17 se ofrecen los principales resultados relativos a las posibles asociaciones entre variables como la edad, la satisfacción con el trabajo, la calidad de vida y la calidad de vida laboral. Para facilitar el análisis de los resultados hemos eliminado las correlaciones no significativas y hemos reflejado en rojo las correlaciones negativas. Se observa cómo, conforme a lo previsto, las variables que denotan burnout o problemas de salud se asocian con una inferior calidad de vida y calidad de vida laboral.

Tabla 17. Correlaciones entre factores de burnout, de engagement, apoyos y salud

	Edad	Satisfacc. trabajo	calidad de vida	calidad de vida laboral
Agotamiento		-0,371**	-0,335**	-0,499**
Cinismo	0,128**	-0,434**	-0,252**	-0,395**
Eficacia profesional	-0,089*	0,214**	0,101*	0,147**
Vigor	-0,106*	0,522**	0,245**	0,445**
Dedicación		0,630**	0,214**	0,451**
Absorción		0,424**		0,295**
Ap. social supervisor		0,308**	0,121**	0,335**
Ap. Social compañeros	-0,205**	0,326**	0,157**	0,220**
Apoyo social	-0,163**	0,380**	0,164**	0,340**
Ambigüedad rol	-0,174**	0,337**		0,246**
Satisfacc. Laboral		0,746**	0,298**	0,613**
Síntomas somáticos	0,098*	-0,271**	-0,317**	-0,298**
Ansiedad insomnio	0,152**	-0,261**	-0,309**	-0,217**
Disfunción social		-0,300**	-0,268**	-0,311**
Depresión	0,126**	-0,290**	-0,337**	-0,255**

** signif. con $p < 0,01$; * signif. con $p < 0,05$

4.7 Diferencias entre grupos profesionales

En la Tabla 18 se ofrecen los resultados relativos a las puntuaciones obtenidas por los tres grupos de profesionales objeto de análisis. Se puede observar en primer lugar cómo existen diferencias en la percepción del estrés debido a turnos, a la cantidad de tareas a realizar, a las responsabilidades, al contacto con los enfermos, a

la cantidad de pacientes, a las relaciones familiares, a la burocracia. Se puede observar cómo por lo general el personal no sanitario obtiene puntuaciones inferiores en cuanto al estrés que suscitan diferentes potenciales estresores.

Tabla 18. Niveles de estrés percibido (tres grupos)

	N	M	D.T.	F		N	M	D.T.	F
E. TURNOS				20,761**	E. REL. FAMILIARES				21,392**
Facultativo	49	4,35	2,98		Facultativo	50	4,96	2,74	
Enfermería	409	5,64	3,12		Enfermería	405	5,28	2,93	
No sanitario	74	3,27	2,86		No sanitario	75	2,93	2,46	
E. CANTIDAD DE TAREAS				7,038**	E. REL. SUPERVISOR				,963
Facultativo	50	5,96	2,74		Facultativo	50	4,52	2,98	
Enfermería	409	6,29	2,77		Enfermería	409	3,97	2,91	
No sanitario	76	4,99	2,93		No sanitario	76	3,80	3,14	
E. RESPONS				7,183**	E. NO INFO DESEMPEÑO				,534
Facultativo	50	6,74	2,58		Facultativo	50	4,88	3,08	
Enfermería	411	5,84	2,68		Enfermería	408	4,55	2,72	
No sanitario	76	4,91	2,93		No sanitario	76	4,36	3,00	
E. CONTACTO ENFERMOS				12,089**	E. BUROCRACIA				9,935*
Facultativo	50	4,76	3,03		Facultativo	50	6,04	2,62	
Enfermería	406	4,59	2,97		Enfermería	411	5,75	2,77	
No sanitario	76	2,86	2,29		No sanitario	76	4,26	2,92	
E. POCA FORMACIÓN				,081	E. REL. COMPAÑEROS				,819
Facultativo	50	4,58	2,86		Facultativo	50	4,58	2,85	
Enfermería	409	4,47	2,64		Enfermería	407	4,32	2,86	
No sanitario	76	4,38	3,02		No sanitario	76	3,95	2,97	
E. CANTIDAD PACIENTES				27,783**	E. SERVICIO				2,572
Facultativo	50	6,30	2,81		Facultativo	50	3,76	2,89	
Enfermería	408	6,19	2,94		Enfermería	403	4,60	3,07	
No sanitario	76	3,51	2,89		No sanitario	75	4,00	3,09	

En la Tabla 19 se presentan los resultados relativos a los indicadores de satisfacción laboral. Se puede observar la situación significativamente más favorable en la mayor parte de los indicadores, en el caso del personal facultativo.

Tabla 19. Satisfacción laboral (tres grupos)

	N	M	D.T.	F
SAT. LAB.				6,915**
Facultativo	50	3,04	,60	
Enfermería	408	2,80	,67	

SAT. SIST.TRAB	No sanitario	76	2,59	,72	,809
	Facultativo	50	2,42	,70	
	Enfermería	407	2,39	,72	
ELECC. TRAB.	No sanitario	76	2,50	,74	4,528*
	Facultativo	50	3,12	,92	
	Enfermería	406	2,72	,97	
CAMBIO TRAB	No sanitario	76	2,62	,99	1,210
	Facultativo	49	3,18	,97	
	Enfermería	407	3,01	,95	
REMUNERAC	No sanitario	76	2,91	1,06	2,084
	Facultativo	50	2,06	1,15	
	Enfermería	408	1,84	,67	
Satisfacc. Laboral	No sanitario	76	1,86	,65	3,635*
	Facultativo	50	2,76	,61	
	Enfermería	410	2,55	,57	
AMBIGUEDAD ROL	No sanitario	76	2,49	,61	3,613*
	Facultativo	50	2,39	,68	
	Enfermería	412	2,33	,60	
	No sanitario	76	2,13	,72	

En la Tabla 20 se ofrecen los resultados en cuanto a la valoración de la calidad de vida y de la calidad de vida laboral. Se puede observar cómo en este caso no existen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 20. Calidad de vida y calidad de vida laboral (tres grupos)

		N	M	D.T.	F
calidad de vida					,357
	Facultativo	50	7,38	1,23	
	Enfermería	408	7,18	1,68	
	No sanitario	75	7,25	1,48	
calidad de vida laboral					,442
	Facultativo	50	5,74	1,85	
	Enfermería	409	5,51	2,15	
	No sanitario	76	5,68	1,89	

En la tabla 21 se puede observar cómo el grupo de personal de enfermería obtiene puntuaciones significativamente superiores en agotamiento emocional y en cinismo.

Tabla 21. Evaluación del Burnout y del engagement (tres grupos)

		N	M	D.T.	F
Agotamiento	Facultativo	49	2,07	1,33	7,311**
	Enfermería	409	2,42	1,44	
	No sanitario	76	1,78	1,36	
Cinismo	Facultativo	49	2,13	1,45	3,393*
	Enfermería	408	2,25	1,40	
	No sanitario	76	1,79	1,44	
Eficacia Profesional	Facultativo	49	4,32	1,08	,859
	Enfermería	409	4,10	1,28	
	No sanitario	76	4,03	1,24	
Vigor	Facultativo	50	3,77	1,29	,953
	Enfermería	412	3,47	1,44	
	No sanitario	76	3,50	1,62	
Dedicación	Facultativo	50	4,19	1,13	2,394
	Enfermería	412	3,89	1,42	
	No sanitario	76	3,63	1,67	
Absorción	Facultativo	50	3,70	,99	,883
	Enfermería	412	3,48	1,37	
	No sanitario	76	3,37	1,57	

En la Tabla 22 se ofrecen los resultados relativos a la percepción del apoyo, por parte de los tres grupos de participantes. Los datos indican que el personal de enfermería percibe un apoyo significativamente superior a los otros dos grupos.

Tabla 22. Evaluación del apoyo percibido (tres grupos)

		N	M	D.T.	F
Ap.Social Supervisor	Facultativo	50	2,58	,74	3,822*
	Enfermería	409	2,72	,74	
	No sanitario	75	2,48	,73	
Ap. Social Compañeros	Facultativo	50	2,96	,57	,391
	Enfermería	409	2,93	,57	
	No sanitario	76	2,87	,72	
APOYO SOCIAL	Facultativo	50	5,54	1,11	2,448
	Enfermería	409	5,65	1,09	
	No sanitario	75	5,34	1,23	

En la Tabla 23 se observa cómo el personal de enfermería manifiesta síntomas somáticos significativamente superiores al los otros dos grupos de participantes.

Tabla 23. Bienestar físico y emocional (tres grupos)

		N	M	D.T.	F
SINTOMAS SOMATICOS					5,430**
	Facultativo	50	3,16	2,27	
	Enfermería	408	4,22	2,18	
	No sanitario	74	3,99	2,00	
ANSIEDAD INSOMNIO					1,416
	Facultativo	50	4,56	2,34	
	Enfermería	408	5,03	2,04	
	No sanitario	74	4,78	2,11	
DISFUNCION SOCIAL					,116
	Facultativo	50	1,62	1,32	
	Enfermería	405	1,53	1,21	
	No sanitario	74	1,55	1,16	
DEPRESION					1,027
	Facultativo	50	0,98	1,53	
	Enfermería	410	1,25	1,78	
	No sanitario	75	1,00	1,76	

4.8 Perfil del profesional quemado

El perfil de profesional que experimenta burnout ha sido extraído tras seleccionar únicamente a aquéllos profesionales que puntúan elevado en agotamiento emocional y cinismo, así como bajo en eficacia profesional. Concretamente, y como se puede observar en la Tabla 24, hay 60 personas (10,7%) que satisfacen estos criterios. Puede decirse entonces que sesenta participantes experimentan el síndrome del quemado. Además, y atendiendo a los porcentajes relativos por grupos profesionales, se observa que un 12% de los facultativos manifiesta estar quemado, seguido de un 10,53% del personal no sanitario, y por un 10,19% del personal de Enfermería, que experimentan este estrés crónico.

Tabla 24. Porcentaje de participantes en cada uno de los tres grupos, y porcentajes de profesionales con el síndrome de burnout

	Total		Quemados	
	N	%	N	%
Facultativo	50	8,9	6	10,0
Enfermería	412	73,3	42	70,0
No sanitario	76	13,5	8	13,3
N.R.	24	4,3	4	6,7
Total	562	100	60	100,0

Se trata por lo general de profesionales que trabajan en los hospitales de Salamanca (88,3%), mujeres (83,3%), casados o conviviendo con sus parejas (75%), con cargas familiares (70%), estatutarios/propietarios (55%), que trabajan como personal de Enfermería (53,3%).

Tabla 25. Distribución de frecuencias de variables de interés en el profesional con síndrome de Burnout

	N	%			
Hospital	2	3,3	Facultativo Médico - M.I.R.	1	1,7
Béjar			M.I.R.	1	1,7
Montalvos	5	8,3	P.E. Auxiliar de enfermería	7	11,7
Salamanca	53	88,3	P.E. Tco. Especialista	2	3,3
Sexo			P.F. Medico Especialista	1	1,7
Hombre	10	16,7	P.F. Medico Especialista	4	6,7
Mujer	50	83,3	Personal de enfermería	2	3,3
Estado Civil			Personal Directivo	1	1,7
Casado/a o convive con pareja	45	75,0	Personal Enfermería	3	5,0
Casado/convive	1	1,7	Personal no sanitario	7	11,7
Divorciado/a o separado/a	2	3,3	Servicio		
Divorciado/a o Separado/a	3	5,0	C.Ext. Clínico	3	5,0
Soltero/a	8	13,3	Coronaria	3	5,0
N.R.	1	1,7	Esterilización	1	1,7
Cargas familiares			Farmacia	1	1,7
No	12	20,0	Laboratorios	1	1,7
Si	42	70,0	Montalvos	5	8,3
NR	6	10,0	Neonatología	1	1,7
Situación laboral			Otorrinolaringología	1	1,7
Estatutario/Eventual	3	5,0	Paritorio	1	1,7
Estatutario/Interino	14	23,3	Reanimación	3	5,0
Estatutario/Propietario	33	55,0	Servicios no sanitarios	6	10,0
Funcionario	3	5,0	Traumatología	5	8,3
Laboral	3	5,0	UCI	3	5,0
M.I.R.	2	3,3	UCI Pediátrica	1	1,7
Otros	2	3,4	Urgencias Clínico	5	8,4
Categoría Profesional			Urgencias Virgen Vega	2	3,3
Auxiliar de enfermería	3	5,0	Urología	1	1,7
Enfermero/a	27	53,3	Virgen Vega	6	10,0
Facultativo Médico - Especiali	1	1,7	N.R.	11	18,3

Estos profesionales (véase Tabla 26) se caracterizan por trabajar a jornada completa (95%), con un trabajo a turnos (60%), rotatorios (63,3%), con estudios universitarios (60%), desempeñando un trabajo relacionado con su titulación (78,3%), que llevan trabajando más de 11 años en el hospital (63,3%) en ese mismo servicio (43,3%), y desempeñando su profesión hace más de 16 años (66,7%).

Tabla 26. Distribución de frecuencias de características del trabajo en el profesional con síndrome de Burnout

	N	%
Jornada		
Completa	57	95,0
Parcial	1	1,7
N.R.	2	3,3
Turnos		
No	18	30,0
Si	36	60,0
N.R.	6	10,0
Guardias		
No	38	63,3

Si	15	25,0
N.R.	7	11,7
Tipo de turno		
Mañana	19	31,7
Partido	2	3,3
Rotatorio	38	63,3
Tarde	1	1,7
Estudios		
Primaria o Secundaria/Graduado	2	3,3
Bachillerato o BUP o Formación	12	20,0
Estudios Universitarios/Diplom	45	75,0
N.R.	1	1,7
Relación con titulación		
No	8	13,3
Si	49	81,6
N.R.	3	5,0
Antigüedad en el hospital		
Menos 1 año	5	8,3
1-2 años	2	3,3
3-5 años	5	8,3
6-8 años	4	6,7
9-11 años	5	8,3
Mas 11 años	38	63,3
N.R.	1	1,7
Antigüedad en la profesión		
Menos 1 año	2	3,3
1-4 años	1	1,7
5-8 años	3	5,0
9-12 años	4	6,7
13-16 años	9	15,0
Mas 16 años	40	66,7
N.R.	1	1,7
Antigüedad en el servicio		
Menos 1 año	5	8,3
1-2 años	7	11,7
3- 5años	9	15,0
6-8 años	11	18,3
9-11 años	1	1,7
Mas 11 años	26	43,3
N.R.	1	1,7

El profesional con síndrome de burnout se caracteriza por (véase Tabla 27) manifestar que recibe poca información por parte de sus superiores (43,3%), así como poca información por parte de los compañeros (46,7%), poca información sobre las tareas a realizar (55%) y sobre los límites de sus funciones (55%). Indican no recibir información sobre posibles promociones o ascensos (48,3%).

Tabla 27. Distribución de frecuencias de variables relacionadas con la comunicación, en el profesional con síndrome de Burnout

	N	%
Información de superiores		
Nada	9	15,0
Poco	26	43,3
Bastante	18	30,0
Mucho	6	10,0
N.R.	1	1,7
Información de compañeros		
Nada	9	15,0
Poco	28	46,7
Bastante	16	26,7
Mucho	6	10,0

N.R.	1	1,7
Información de tareas		
Nada	7	11,7
Poca	33	55,0
Bastante	16	26,7
Mucha	3	5,0
N.R.	1	1,7
Información sobre límites de autoridad		
Nada	16	26,7
Poca	33	55,0
Bastante	9	15,0
Mucha	1	1,7
N.R.	1	1,7
Información sobre promociones		
Nada	29	48,3
Poca	29	48,3
Bastante	1	1,7
Mucha	1	1,7

Como se puede observar en la Tabla 28, un 38,3% de los profesionales con burnout ha solicitado una baja laboral por problemas de depresión o de ansiedad.

Tabla 28. Solicitud de baja en el profesional con síndrome de Burnout

Baja	N	%
Si	23	38,3
No	37	61,7
Total	60	100,0

Las personas con el síndrome de burnout presentan (Tabla 29) bajo vigor (71,7%), baja dedicación (56,7%), y una absorción media (48,3%).

Tabla 29. Engagement en el profesional con síndrome de Burnout

	N	%
Vigor		
Bajo vigor	43	71,7
Medio vigor	11	18,3
Alto vigor	6	10,0
Dedicación		
Baja dedicación	34	56,7
Media dedicación	22	36,7
Alta dedicación	4	6,7
Absorción		
Baja absorción	20	33,3
Media absorción	29	48,3
Alta absorción	5	8,3
N.R.	6	10,0

Por otro lado (Tabla 30), el profesional quemado presenta síntomas somáticos (66,7%) y ansiedad e insomnio (83,3%), si bien no suele presentar disfunción social ni depresión.

Tabla 30. Salud en el profesional con síndrome de Burnout

Síntomas somáticos	N	%
Ausencia	20	33,3
Presencia	40	66,7
Ansiedad-insomnio		
Ausencia	10	16,7
Presencia	50	83,3
Disfunción social		
Ausencia	53	88,3
Presencia	6	10,0
N.R.	1	1,7
Depresión		
Ausencia	52	86,7
Presencia	8	13,3

El análisis de las posibles diferencias entre el grupo de profesionales quemados vs. no quemados indicó una ausencia de diferencias en variables como la antigüedad en el hospital y en el servicio, el nivel de estudios, y el estrés derivado de la gran cantidad de pacientes a atender. Tampoco existen diferencias entre ambos grupos en función de su edad, de la cantidad de información que reciben de sus superiores y de sus compañeros, ni de la información sobre posibles promociones.

Sin embargo, existen diferencias en la antigüedad en la profesión, en la presencia o no de problemas de salud relacionados con: síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. También en la percepción de apoyo social por parte del supervisor y de los compañeros. Las diferencias también son palpables en los tres factores de engagement: vigor, dedicación y absorción; así como en los tres factores de burnout: agotamiento, cinismo, y eficacia profesional. Así mismo, ambos grupos difieren significativamente en las puntuaciones obtenidas en calidad de vida y en calidad de vida laboral. En la misma línea, todos los indicadores de satisfacción laboral: satisfacción con el sistema de trabajo, elección del mismo trabajo si pudieran cambiar, o de cambio del mismo y satisfacción con remuneración, son objeto de puntuaciones significativamente distintas entre ambos grupos. Ambos grupos puntúan significativamente distinto en los siguientes estresores: turnos, cantidad de tareas, responsabilidad, contacto con enfermos, poca formación, relaciones con los familiares de los pacientes, relaciones con el supervisor, carencia de información sobre el desempeño, burocracia, relaciones con compañeros, y el servicio en el que actualmente se trabaja. Así también, existen diferencias sustanciales en cuanto al número de conductas saludables y no saludables que ambos grupos ponen en marcha. Para finalizar, el grupo de profesionales quemados frente al de no-quemados puntúa sustancialmente distinto en la valoración que realiza sobre la información que recibe acerca de las tareas a realizar y los límites de la autoridad. En la Tabla 31 reflejamos tan sólo y para simplificar la exposición, los resultados de las variables en las

que existen diferencias significativas. Las diferencias en las puntuaciones promedio se ofrecen en las Figuras 21 y 22.

Tabla 31. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias en las variables de interés entre el grupo de profesionales quemados vs. no quemados

		N	M	D.T.	F	Sig.		No quemados	493	7,33	1,54		
					4,452	,035						70,090	,000
Antig.Profes	Quemados	59	5,32	1,25			Calidad De Vida Laboral	Quemados	60	3,50	1,83		
	No quemados	492	4,88	1,56				No quemados	495	5,78	2,01		
					29,629	,000						31,466	,000
Síntomas Somáticos	Quemados	60	5,50	1,89			Sat. Sist.Trab	Quemados	60	1,92	,70		
	No quemados	492	3,92	2,14				No quemados	493	2,45	,70		
					29,498	,000						67,136	,000
Ansiedad Insomnio	Quemados	60	6,30	1,15			Elecc. Trab.	Quemados	60	1,82	,81		
	No quemados	492	4,79	2,11				No quemados	492	2,84	,93		
					48,993	,000						38,101	,000
Disfunción Social	Quemados	59	2,56	1,73			Cambio Trab	Quemados	59	2,29	,98		
	No quemados	491	1,43	1,08				No quemados	493	3,09	,94		
					40,488	,000						6,314	,012
Depresión	Quemados	60	2,52	2,16			Remunerac	Quemados	60	1,63	,61		
	No quemados	495	1,04	1,64				No quemados	494	1,88	,73		
					46,513	,000						9,853	,002
Ap.Social Supervisor	Quemados	60	2,08	,67			E. Turnos	Quemados	60	6,33	3,20		
	No quemados	496	2,74	,71				No quemados	491	4,98	3,15		
					22,561	,000						7,470	,006
Ap. Social Compañeros	Quemados	60	2,59	,54			E. Cantid Tareas	Quemados	60	7,00	2,63		
	No quemados	497	2,96	,59				No quemados	494	5,95	2,83		
					41,099	,000						8,394	,004
Vigor	Quemados	60	2,38	1,49			E. Respons	Quemados	60	6,72	2,93		
	No quemados	497	3,61	1,39				No quemados	496	5,64	2,69		
					60,776	,000						4,195	,041
Dedicación	Quemados	60	2,54	1,32			E.Contacto Enfermos	Quemados	60	5,08	3,38		
	No quemados	497	4,01	1,38				No quemados	491	4,26	2,90		
					23,802	,000						5,592	,018
Absorción	Quemados	60	2,64	1,37			E. Poca Formación	Quemados	59	5,27	2,86		
	No quemados	497	3,54	1,36				No quemados	495	4,39	2,70		
					129,258	,000						8,336	,004
Agotamiento	Quemados	60	4,09	,75			E. Rel. Familiares	Quemados	59	5,97	3,22		
	No quemados	497	2,09	1,34				No quemados	490	4,79	2,94		
					102,137	,000						18,672	,000
Cinismo	Quemados	60	3,79	1,00			E. Rel. Supervisor	Quemados	60	5,55	3,20		
	No quemados	497	1,99	1,34				No quemados	494	3,82	2,89		
					28,512	,000						23,239	,000
Eficacia Profesional	Quemados	60	3,30	,60			E. No Info Desempeño	Quemados	60	6,18	2,70		
	No quemados	497	4,19	1,28				No quemados	493	4,38	2,74		
					30,760	,000						10,800	,001
Calidad De Vida	Quemados	60	6,12	1,98			e.burocracia	Quemados	60	6,65	2,77		

E. Rel. Compañeros	No quemados	496	5,39	2,82	8,709	,003	Conductas No Saludables	Quemados	60	,18	,43	18,906	,000
	Quemados	59	5,31	3,02				No quemados	497	,04	,21		
	No quemados	493	4,15	2,82									
E. Servicio					22,604	,000	Inf. Tareas	Quemados	59	2,25	,73	7,447	,007
	Quemados	60	6,18	3,06				No quemados	496	2,56	,81		
	No quemados	487	4,23	3,00									
Conductas Saludables					9,007	,003	Inf. Limites Autoridad	Quemados	59	1,92	,70	9,738	,002
	Quemados	60	2,32	1,40				No quemados	496	2,26	,81		
	No quemados	497	2,88	1,36									

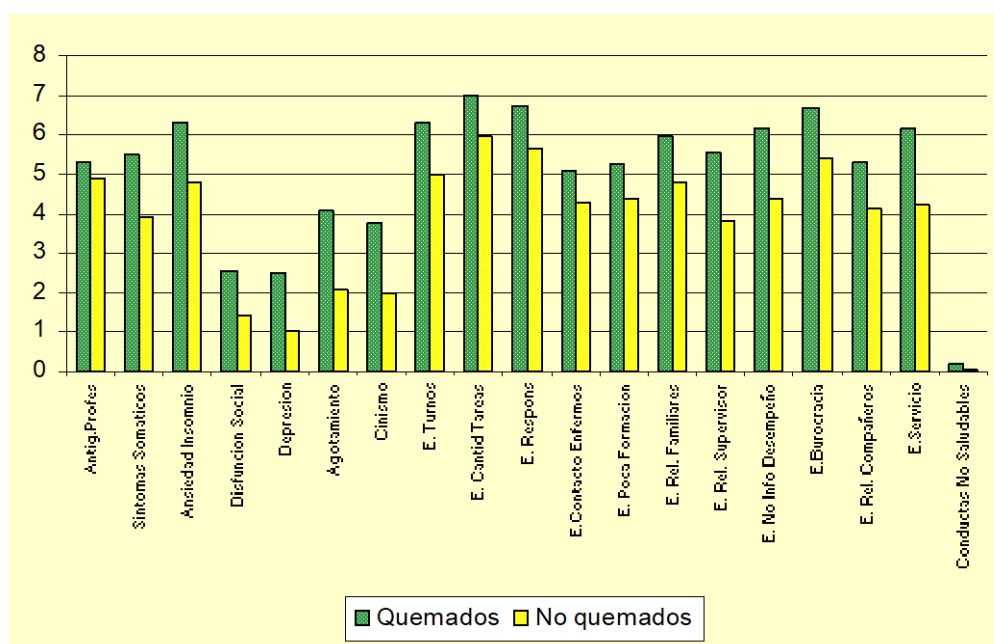


Figura 22. Promedio de puntuaciones en variables asociadas a una baja calidad de vida laboral

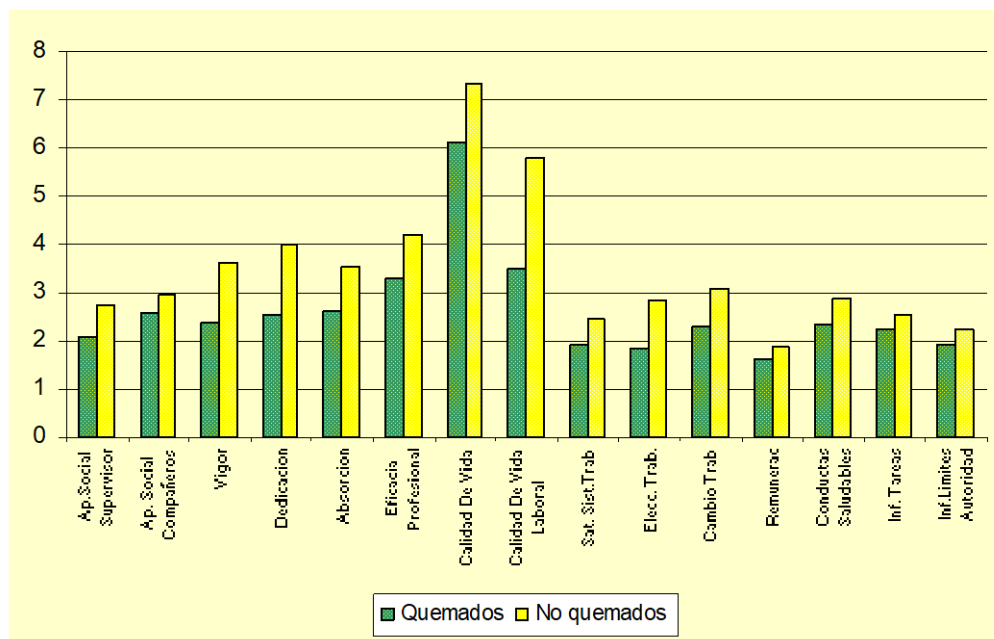


Figura 23. Promedio de puntuaciones en variables asociadas a una elevada calidad de vida laboral

4.8.1 Predictores de la calidad de vida laboral

Para finalizar, presentamos los resultados tras realizar un análisis de regresión múltiple por el procedimiento paso a paso, con objeto de determinar cuáles son los mejores predictores de la calidad de vida laboral. Las variables que introdujimos como potenciales predictores fueron: 1) estresores relacionados con los turnos, la cantidad de tareas, el contacto con enfermos, la poca formación, la cantidad pacientes, las relaciones con el supervisor, la ausencia de información sobre el desempeño, la burocracia, las relaciones con los compañeros, el estrés del servicio 2) variables asociadas a la comunicación, concretamente las relativas a la recepción de información por parte de los superiores, compañeros, información sobre tareas, sobre límites autoridad, y sobre promociones, 3) factores del burnout: agotamiento, cinismo, eficacia profesional, 4) factores del engagement: vigor, dedicación, absorción, 5) recursos, consistentes en el apoyo social del supervisor, el apoyo social de compañeros, y la ambigüedad rol, 6) factores de salud, entendidos como síntomas somáticos, ansiedad insomnio, disfunción social, y depresión, 7) variables sociodemográficas como el nivel estudios, la antigüedad en el hospital, en la profesión y en el servicio.

La Tabla 32 muestra el resumen del modelo de regresión en el que se observa cómo las variables que han entrado en la ecuación de regresión son el agotamiento, la dedicación, la información sobre los límites de la autoridad, el estrés del servicio, y el apoyo social del supervisor. La combinación de todas estas variables predice el 39,4% de la varianza. Según indica la Tabla 33, las variables están linealmente relacionadas. Los coeficientes beta (Tabla 34) indican que una elevada calidad de vida laboral es predicha por un bajo agotamiento, una elevada dedicación, una elevada información sobre los límites de la autoridad, un bajo estrés asociado al servicio y un elevado apoyo por parte del supervisor.

Tabla 32. Resumen del modelo de regresión

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error típico de la estimación	Cambio en los estadísticos					Durbin-Watson
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Del cambio en F	
,632(e)	,400	,394	1,617	,008	6,585	1	487	,011	1,828

Predictores: (Constante): Agotamiento, Dedicación, información sobre límites de la autoridad, Estrés del servicio, Apoyo Social del Supervisor
Variable Dependiente: calidad de vida laboral

Tabla 33. Análisis de varianza

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Regresión	849,083	5	169,817	64,934	,000
Residual	1273,610	487	2,615		
Total	2122,694	492			

Tabla 34. Coeficientes de Regresión

	Coeficientes estandarizados	no estandarizados	Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
(Constante)	3,950	,428		9,233	,000
Agotamiento	-,458	,059	-,315	-7,742	,000
Dedicación	,401	,058	,272	6,882	,000
Inf. Límites Autoridad	,301	,098	,118	3,075	,002
E. Servicio	-,074	,026	-,109	-2,864	,004
Apoyo Social Supervisor	,289	,113	,103	2,566	,011

Variable Dependiente: calidad de vida laboral

5 INTERÉS DE LOS RESULTADOS PARA EL ENTORNO SOCIOECONÓMICO

Los resultados obtenidos son de interés para el entorno socioeconómico por varias razones. En primer lugar, porque el estudio se ha centrado en el análisis exhaustivo de profesionales del sector sanitario de nuestra Comunidad Autónoma. Los datos son además reveladores, puesto que un 28,1% de los participantes presentan niveles altos de agotamiento emocional, un 47,9% muestra un alto cinismo, y un 42,7% manifiesta una baja eficacia profesional. Por otro lado, el 12% de los facultativos manifiesta estar quemado, así como el 10,53% del personal no sanitario, y el 10,19% del personal de Enfermería.

Estos datos reflejan con mayor precisión la realidad de nuestra Comunidad Autónoma, puesto que trabajos previos se centraban tan sólo en una categoría profesional, o bien, en un solo centro hospitalario. Por ejemplo, en Salamanca en 1994 se constató que el síndrome de burnout afectaba a un 20% de los médicos que trabajaban en un Hospital General (Vega, 1994). Otro estudio realizado sobre toda la plantilla de un hospital de León constató, a su vez, una incidencia del 46,5% (Ramos, De Castro, Galindo y Fernández, 1997). Estas cifras están en consonancia con las obtenidas en otras provincias. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo a principios del 2004 por la Fundación del Colegio de Médicos de Córdoba, ha constatado que un 34,4% de los médicos se encuentran afectados por el síndrome.

Nuestro estudio aporta a nuestro entorno socioeconómico, frente a trabajos previos: 1) el hecho de haberse realizado con todo el personal, tanto facultativo, como de enfermería y como no sanitario, lo que representa de un modo más completo la realidad de los profesionales de este sector; 2) el haber empleado un enfoque "positivo", en el sentido de haber evaluado no sólo variables asociadas al burnout, sino también relacionadas con su prevención, como es el engagement, la comunicación, o los apoyos.

Diariamente aparecen noticias y referencias en medios de comunicación prensa y artículos divulgativos, sobre la importancia de este tema, hasta tal punto que el fenómeno del estrés laboral ha sido catalogado por el Ministerio de Sanidad como el segundo problema de salud en Europa, y la profesión sanitaria se encuentra en el sector profesional de mayor afectación en nuestro país, y por ende en nuestra Comunidad Autónoma. Una incidencia tan elevada de dicho burnout, convierte el tema de investigación en un tema con claras implicaciones económicas y sociales.

Así, en nuestro estudio hemos encontrado que un 71,9% considera que su trabajo es estresante y que un 17,6% ha solicitado alguna baja o ha ido al médico por problemas de ansiedad, estrés o depresión.

En definitiva, la necesidad de investigar, evaluar e intervenir sobre este síndrome viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral y las variables asociadas a la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados puesto que ello será un reflejo de la calidad de los servicios que ofrecen. En nuestro estudio hemos demostrado el importante valor predictivo que tienen los aspectos organizacionales (comunicación, apoyos), a la hora de incrementar o reducir la calidad de vida laboral.

De todo lo anteriormente expuesto se deduce además la necesidad de continuar con la explotación y aplicación de los resultados científicos y tecnológicos encontrados, aspecto en el que seguimos trabajando en la actualidad.

6 GRADO DE INNOVACIÓN QUE SE HA CONSEGUIDO CON LA INVESTIGACIÓN

Así, el proyecto es innovador y pionero en nuestra comunidad, principalmente por tres motivos: en primer lugar, por llevar a cabo una **evaluación de todo el personal** de diversos centros hospitalarios (personal facultativo, de enfermería y no sanitario) que no suelen contemplarse habitualmente en los estudios sobre el síndrome.

En segundo lugar, la metodología empleada permite alejarse de una orientación centrada en el déficit a una **orientación positiva**, centrada en las capacidades del individuo y de la organización para reducir el estrés, el estrés crónico o burnout, y para incrementar la calidad de vida. Así, los instrumentos utilizados (traducidos, adaptados y verificada su fiabilidad) aportan información de utilidad sobre potenciales intervenciones destinadas a paliar los efectos del síndrome y a potenciar el funcionamiento óptimo de los profesionales, esto es intervención aplicada vs. counseling. Además, abordar el estudio de los riesgos psicosociales desde la óptica del **engagement** es algo que comienza a aparecer tímidamente en nuestro país, pero sobre lo que aún se necesita mucha investigación.

En tercer lugar, el **tamaño de la muestra**, ha permitido la realización de **análisis estadísticos sofisticados**, como es la utilización de regresión múltiple, para determinar las variables que conjuntamente contribuyen a predecir la calidad de vida laboral. El modelo resultante contribuye a explicar casi un 40% de este constructo, y avala el

impacto del burnout, el engagement, y los aspectos comunicativos y organizacionales a la hora de potenciar la calidad de vida laboral. Concretamente, hemos comprobado cómo dicha calidad es predicha por un bajo agotamiento, una elevada dedicación, una elevada información sobre los límites de la autoridad, un bajo estrés asociado al servicio y un elevado apoyo por parte del supervisor.

Así pues, el estudio es innovador tanto teórica, como tecnológica y metodológicamente hablando. Sus resultados abren la puerta a potenciales intervenciones centradas en el individuo, en la organización o en ambos aspectos (véase Tabla 35).

Tabla 35. Estrategias de Prevención e Intervención De Riesgos Psicosociales (Burnout)

Foco de Atención	Prevención	Tratamiento
Individual	- Mantenga estilos de vida saludable (p.e. haga ejercicio, lleve una alimentación sana). - Organice su tiempo libre y de ocio - Dedique 1 hora diaria a una actividad relajante después de la jornada laboral. Intente ver los problemas con perspectiva. - Busque el lado positivo del problema (p.e. como oportunidad de aprendizaje) - Céntrese más en los éxitos que en los fracasos). - Cultive el sentido del humor	- Siga un programa de entrenamiento en relajación - Reciba un programa de entrenamiento en técnicas de solución de problemas. - Aprenda técnicas de reestructuración cognitiva y de detención del pensamiento. - Aprenda la técnica del "ensayo cognitivo" (anticipar mentalmente cómo va a hacer algo. - Reciba un Programa de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales
Individual y Organizacional	- Gestione de forma eficaz el tiempo. - Determine objetivos y establezca prioridades. - Plantéese objetivos y metas realistas y alcanzables (a corto y largo plazo). - Vea de modo realista su trabajo. - Reconozca sus propias limitaciones. - Filtre las demandas: aprenda a decir "NO". - Conozca y mejore su capacidad de trabajo. - Aprenda a delegar. - Céntrese en lo que está haciendo. - Comparta los problemas con los compañeros. - Busque el equilibrio entre la vida laboral y la personal.	- Reciba un entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación. - Participe en grupos de auto ayuda. - Participe en un programa de entrenamiento para dar y recibir apoyo social. - Aprenda técnicas de autocontrol emocional. - Entrenese en estrategias de trabajo en equipo y de gestión eficaz del tiempo. - Reciba un entrenamiento en solución de problemas grupales.
Organizacional	- Mejore el clima y el contenido laboral. - Plantéese la posibilidad de hacer rotaciones en el puesto de trabajo. - Permita que el trabajador participe de la toma de decisiones relacionadas con su trabajo. - Ofrezca información al trabajador sobre sus funciones, responsabilidades y obligaciones. - Ofrezca feedback sobre el desempeño profesional.	- Promueva el desarrollo de experiencias formativas de reducción del estrés. - Promueva el desarrollo de seminarios formativos sobre resolución de conflictos, estrategias de comunicación y toma de decisiones.

(Fuente: Jenaro, Flores y Arias, 2007)

7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio nos ha permitido conocer con más detalle la situación del personal del sector sanitario del distrito universitario de Salamanca. Los principales resultados obtenidos de los 562 participantes, pueden resumirse como sigue:

- Casi un 18% ha solicitado baja o ha ido al médico por temas de depresión o ansiedad y un 72% considera que su trabajo es estresante. El exceso de tareas y de pacientes son los principales estresores.
- Más de un 55% considera insatisfactorio el sistema de trabajo y la remuneración genera un amplio descontento (65%).
- La calidad de vida laboral tan solo alcanza un 5,5 sobre 10 puntos.
- Un 28% de los encuestados muestran alto agotamiento, un 48% alto cinismo y un 43% baja eficacia profesional. Por el contrario, un 21% presenta alto vigor, un 32% alta dedicación y un 35% alta absorción. Un 11% de los profesionales se encuentran quemados. Más concretamente, un 12% de los facultativos, un 11% del personal no sanitario y un 10% del personal de enfermería muestran estrés crónico. Existen diferencias significativas en casi todas las variables de interés entre los profesionales quemados y los no quemados: en variables asociadas a conductas de salud, en aspectos comunicativos, en percepción de apoyos, en niveles de burnout y de engagement, y en niveles de percepción de estrés.
- Las bajas cifras de engagement merecen también ser tenidas en cuenta. Así, un 21% de los encuestados obtiene puntuaciones elevadas en vigor, un 32,2% puntúa elevado en dedicación, y un 34,8% obtiene elevadas puntuaciones en absorción. Tan sólo un 13,5% puntúa elevado en los tres factores protectores del burnout.
- Un 35% de los encuestados presenta síntomas somáticos y un 51% problemas de ansiedad-insomnio.
- Los participantes divorciados o separados, así como aquéllos con cargas familiares muestran mayores niveles de agotamiento emocional. Las mujeres muestran más absorción. La antigüedad suele ir asociada a reducción de la dedicación y a un incremento del agotamiento y del cinismo.
- La formación previa en el trabajo incrementa los niveles de eficacia profesional y de dedicación.
- Por lo general el personal no sanitario obtiene puntuaciones inferiores en cuanto al estrés que suscitan diferentes potenciales estresores. Existe además una situación significativamente más favorable en la mayor parte de los indicadores de satisfacción, en el caso del personal facultativo. El

personal de enfermería obtiene puntuaciones significativamente superiores en agotamiento emocional, en cinismo y en síntomas somáticos.

- Una elevada calidad de vida laboral es predicha por un bajo agotamiento, una elevada dedicación, una elevada información sobre los límites de la autoridad, un bajo estrés asociado al servicio y un elevado apoyo por parte del supervisor.

En definitiva, este estudio constata la situación de riesgo a la que están expuestos estos profesionales. Avala la necesidad de poner en marcha actuaciones destinadas a mejorar la calidad de vida laboral y para reducir el burnout. Ello supone acometer intervenciones desde el punto de vista individual y organizacional, tales como, mejoras en aspectos comunicativos (comunicación horizontal y vertical, o estrategias para la reducción del agotamiento emocional. De la eficacia de dichas intervenciones daremos cuenta en posteriores estudios.

8 PUBLICACIONES QUE HA GENERADO LA INVESTIGACIÓN

Dado lo cercano en el tiempo de la finalización del estudio y de la recogida de datos, no encontramos en la actualidad en la fase de difusión de los resultados del estudio. Podemos mencionar no obstante que en octubre de 2006 se enviaron al I Congreso de Prevención de Riesgos Laborales (Madrid, 6, 7, y 9 de noviembre de 2006) las siguientes propuestas de comunicaciones:

- Evaluación de los riesgos laborales psicosociales en profesionales del sector sanitario: la asignatura pendiente de la prevención (Jenaro, C., Flores, N., Caballo, C., González, F. y Gómez, M)
- Factores de riesgo y factores preventivos del burnout en profesionales de servicios humanos (Jenaro, C., Flores, N., Caballo, C., Gómez, M., González, F.)

Hemos de decir, no obstante, que el Comité no consideró pertinente seleccionar dichas comunicaciones, por lo que su exposición quedará pendiente para posteriores congresos nacionales.

También se ha enviado en noviembre de 2006 la propuesta de la siguiente comunicación al XTH European Congress of Psychology (3-6 July, 2007):

- Assessment of Risks and preventive factors associated with Burnout in Health Care and Social Service Professionals (Jenaro, C.; Caballo, C.; Gómez, M.; González, F.)

En este caso, en el mes de febrero de 2007 se nos ha comunicado la aceptación de dicha Ponencia. El resumen de la misma aparecerá publicado en el respectivo libro de actas.

A todo esto se ha de añadir que hemos enviado el siguiente artículo a la revista Work & Stress:

- Risks and preventive factors associated with Stress and Burnout in Health Care Professionals (Jenaro, C.; Flores, N.; Caballo, C.; Gómez, M., y González, F.).

En estos momentos nos encontramos a la espera de conocer la respuesta de esta revista.

9 BIBLIOGRAFÍA

- Ashford, B. y Lee, R. (1997). Burnout as a process: commentary on Cordes, Dougherty and Blum. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 703-708.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. y Schaufeli, W.B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory- General Survey: an internet study. *Anxiety, Stress and Coping*, 15 (3), 245-260.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Jassen, P., Van der Hulst, R. y Brouwer, J. (2000). Using Equity Theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N.W. y Buunk, B.P. (2001). Burnout and depresión are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature?. *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Boles, J. S., Dean, D. H., Ricks, J. M., Short, J. C. y Wang, G. (2000). The Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across Small Business Owners and Educators. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 12-34.
- Calvete, E. y Villa, A. (2000). Burnout y síntomas psicológicos: Modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.
- Casanova-Sotolongo, P. Lima-Mompó, G., Aldana-Vilas, L., Casanova, P., y Casanova, C. (2003). El estrés ocupacional como una de las preocupaciones de la salud pública actual. *Revista De Neurología*, 36, 565-7.
- Cherniss, C. (1993). Role of profesional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Profesional Burnout: recent developments in theory and research* (pp. 135-149). U.K.: Taylor & Francis.
- Cordes, C., Dougherty, T. y Blum, M. (1997). Patters of burnout among managers and professionals: a comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 685-701.
- Fernández, G. (2000). Burnout y trastornos psicósomáticos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 229-235.
- Fredy, J.R. y Hobfoll, S.E. (1994). Stress Inoculation for reduction burnout: a Conservacion of Resources Approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 311-325.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- García, M., Sáenz, C., y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista De Psicología Del Trabajo y De Las Organizaciones*, 16(2), 215-228.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). El síndrome de burnout entre profesionales de Enfermería: Una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (comps.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp. 211-224). Salamanca: Eudema.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Golembiewski, R. T., Munzeider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 19(4), 461-481.

- Hobfoll, S.E. y Freedy, J. (1993). Conservation of Resources: A General Stress Theory Applied to Burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Profesional Burnout: recent developments in theory and research* (pp. 115-129). U.K.: Taylor & Francis.
- Jenaro, C; Flores, N. y Arias, B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1) 80-87
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1996). A Meta-Analytic Examination of the correlates of the three dimensions of Job Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 9, 297-308.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional Perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Profesional Burnout: recent developments in theory and research* (pp.19-32). U.K.: Taylor y Francis.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C. Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annuary Review Psychology*, 52, 397-422.
- Peiró, J. M., González-Romá, V., Tordera N. y Mañas, M. A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals?. *Psychology and Health*, 16, 511-525.
- Salanova, M. Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿Una nueva perspectiva?. *Revista De Psicología Del Trabajo y De Las Organizaciones.*, 16(2), 117-134.
- Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (2003). Burnout: An Overview of 25 years of research and Theorizing. En M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubs y C.L. Cooper (eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp.383-425). John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W.B. y Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Análisis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). MBI-General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory Manual Third Edition* (pp.19-26). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C. y Marek, T. (1993). *Professional Burnout: recent developments in Theory and Research*. U.K.: Taylor & Francis.
- 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, 71-92.

10 ANEXO I. ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD (APARTADO 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS)



Investigación Financiada por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León (SA018B05) , en colaboración con el INICO (Universidad de Salamanca)

En estas páginas aparecen varios apartados a través de los cuales pretendemos evaluar las opiniones y sentimientos que puede experimentar en su trabajo. Los datos obtenidos nos permitirán conocer la situación de profesionales que trabajan en el sector sanitario, así como proponer establecer estrategias de prevención que mejoren la salud laboral.

Le rogamos lea detenidamente los distintos apartados y responda a cada una de las preguntas planteadas. *El tiempo estimado para completar el cuestionario es de 20 minutos.*

Su participación en este estudio es voluntaria y totalmente confidencial y le garantizamos en todo momento el anonimato. Una vez rellenado tan sólo tiene que cerrar el sobre en el que ha recibido la encuesta y entregarlo según se le ha indicado.

Es importante que anote el código de identificación del cuestionario, de modo que en ocasiones posteriores podamos contactar con ustedes para proponerles participar en sesiones de formación en temas de salud laboral, en entrenamiento en relajación, etc. Su código será el único modo a través del cual podamos contactar.

Recuerde: El cuestionario y la información contenida son totalmente confidenciales y en todo momento se respetará este criterio.

Por favor, trate de responder a todas las preguntas y entregue el cuestionario tan pronto como le sea posible.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

APARTADO A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Complete los datos señalando con una X las casillas que procedan

1. Por favor, señale la localidad donde se encuentra el hospital:

☐ Salamanca ☐ Salamanca (Béjar) ☐ Salamanca (Los Montalvos) ☐ Ávila ☐ Zamora

2. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

3. Edad:.....años

4. Estado Civil (señale lo que proceda):

☐ Soltero/a ☐ Casado/a o convive con pareja ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a o separado/a

5. Cargas familiares (p.e. hijos u otros familiares viviendo y dependiendo de usted?: ☐ Sí ☐ No

6. Situación Laboral (señale lo que proceda):

☐ Funcionario ☐ Estatutario/interino
☐ Funcionario Interino ☐ Estatutario/ Eventual
☐ Estatutario/Propietario ☐ Laboral
☐ M.I.R. ☐ Otros (especificar)

7. Categoría Profesional (señale lo que proceda):

☐ Personal Directivo ☐ Personal no sanitario
☐ Personal Facultativo Médico ☐ Personal de enfermería
☐ Especialista ☐ Enfermero/a
☐ M.I.R. ☐ Auxiliar de enfermería
☐ Técnico Especialista

8. Área de trabajo:

a) Si se trata de *personal facultativo*, por favor señale la(s) especialidad(es) médica(s) en la que se inscribe su trabajo:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Admisión y documentación clínica | ☐ Cirugía plástica y reparadora | ☐ Medicina preventiva | ☐ Pediatría-neonatología |
| ☐ Alergología | ☐ Cirugía pediátrica | ☐ Microbiología y parasitología | ☐ Medicina del trabajo |
| ☐ Análisis clínicos | ☐ Cirugía torácica | ☐ Nefrología | ☐ Psiquiatría |
| ☐ Anatomía patológica | ☐ Dermatología médico-quirúrgica | ☐ Neumología | ☐ Radiodiagnóstico |
| ☐ Anestesiología y reanimación | ☐ Endocrinología y nutrición | ☐ Neurocirugía | ☐ Radiofísica hospitalaria |
| ☐ Angiología y cirugía vascular | ☐ Farmacia hospitalaria | ☐ Neurología-neurofisiología | ☐ Rehabilitación |
| ☐ Aparato digestivo | ☐ Hematología y hemoterapia | ☐ Obstetricia y ginecología | ☐ Reumatología |
| ☐ Cardiología | ☐ Inmunología | ☐ Oftalmología | ☐ Traumatología y cirugía ortopédica |
| ☐ Cirugía cardiovascular | ☐ Medicina intensiva | ☐ Oncología médica | ☐ Urgencia hospitalaria |
| ☐ Cirugía gral. Y aparato digestivo | ☐ Medicina interna | ☐ Oncología radioterápica | ☐ Urología |
| ☐ Cirugía maxilofacial | ☐ Medicina nuclear | ☐ Otorrinolaringología | ☐ Otros |

b) En el caso de *personal de enfermería*, por favor, señale el(los) servicio(s) en el que se inscribe su trabajo:

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ Consultas externas | ☐ Quirófanos | ☐ Urgencias |
| ☐ Hospitalización | ☐ Servicios centrales | ☐ Otros |

c) En el caso de *personal no sanitario*, por favor, señale el(los) servicio(s) en el que se inscribe su trabajo:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| ☐ Administración | ☐ Hostelería | ☐ Mantenimiento |
| ☐ Subalterno (Celadores) | ☐ Otros | |

9. Por favor, si procede, señale el(los) servicio(s) en el que se inscribe su trabajo:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Alergología | ☐ Enfermedades infecciosas | ☐ Oftalmología |
| ☐ Anatomía patológica | ☐ Enfermería | ☐ Oncología médica |
| ☐ Anestesia y reanimación | ☐ Farmacia | ☐ Oncología radioterápica |
| ☐ Arritmias | ☐ Gastroenterología | ☐ Otorrinolaringología |
| ☐ Bioquímica | ☐ Genética médica | ☐ Patología mamaria |
| ☐ Cardiología adultos | ☐ Geriátrica | ☐ Pediatría |
| ☐ Cardiología pediátrica | ☐ Ginecología | ☐ Psiquiatría y psicología clínica |
| ☐ Cirugía cardíaca adultos | ☐ Hematología y hemoterapia | ☐ Radiofísica y protección radiológica |
| ☐ Cirugía cardíaca infantil | ☐ Inmunología | ☐ Radiodiagnóstico |
| ☐ Cirugía general y digestivo | ☐ Medicina intensiva | ☐ Rehabilitación |
| ☐ Cirugía maxilofacial | ☐ Medicina interna | ☐ Reumatología |
| ☐ Cirugía plástica | ☐ Medicina nuclear | ☐ Servicios no sanitarios |
| ☐ Cirugía torácica | ☐ Medicina preventiva | ☐ Traumatología y ortopedia |
| ☐ Cirugía vascular y angiología | ☐ Microbiología | ☐ Unidad del dolor |
| ☐ Dermatología | ☐ Nefrología | ☐ Unidad de rehabilitación cardíaca |
| ☐ Dietética y nutrición | ☐ Neurocirugía | ☐ Urgencias |
| ☐ Dirección | ☐ Neurofisiología clínica | ☐ Urología |
| ☐ Endocrinología | ☐ Neurología | ☐ UVI pediátrica |
| | | ☐ Otros |

10. Jornada de Trabajo:

- ☐ Jornada parcial ☐ Jornada completa
- 11a. ¿Desempeña su trabajo por turnos? ☐ Sí ☐ No
- 11b. ¿Realiza guardias? ☐ Sí ☐ No
12. Por término general, ¿cómo es su turno de trabajo?
- ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Rotatorio
13. Señale el nivel máximo de estudios alcanzado:
- ☐ Primaria o Secundaria /Graduado Escolar
- ☐ Bachillerato o BUP o Formación Profesional
- ☐ Estudios Universitarios/Diplomatura Licenciatura o Doctorado
14. ¿Su titulación está relacionada con su trabajo actual? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?
- | | |
|---|---|
| ☐ Menos 1 año | ☐ 1- 2 años |
| ☐ 3 años - 5 años | ☐ 6 años- 8 años |
| ☐ 9 años – 11 años | ☐ Más de 11 años |
16. ¿Cuánto tiempo lleva en esta profesión?
- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Menos 1 año | ☐ 1- 4 años | ☐ 5 años - 8 años |
| ☐ 9 – 12 años | ☐ 13 años - 16 años | ☐ Más de 16 años |
17. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este servicio?
- | | |
|---|---|
| ☐ Menos 1 año | ☐ 1- 2 años |
| ☐ 3 años - 5 años | ☐ 6 años- 8 años |
| ☐ 9 años – 11 años | ☐ Más de 11 años |
18. ¿Sus superiores y supervisores, le expresan claramente lo que esperan, necesitan o quieren que usted haga?
- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| ☐ Nunca | ☐ Pocas veces | ☐ Bastantes veces | ☐ Muchas veces | ☐ No procede (No tiene supervisor) |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
19. ¿Los compañeros y personas que ocupan aproximadamente su mismo nivel jerárquico, le expresan claramente lo que esperan, necesitan o quieren que usted haga?
- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| ☐ Nunca | ☐ Pocas veces | ☐ Bastantes veces | ☐ Muchas veces | ☐ No procede (No tiene supervisor) |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
20. ¿Conoce usted la valoración que sus superiores hacen de su desempeño en el trabajo y otros aspectos importantes del mismo?
- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| ☐ Nunca | ☐ Pocas veces | ☐ Bastantes veces | ☐ Muchas veces | ☐ No procede (No tiene supervisor) |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
21. ¿Recibe usted información clara acerca de las tareas de su puesto de trabajo?
- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Nada | ☐ Poca | ☐ Bastante | ☐ Mucha |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
22. ¿Recibe usted información clara y precisa acerca de los límites de sus responsabilidades y competencias?
- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Nada | ☐ Poca | ☐ Bastante | ☐ Mucha |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
23. ¿Recibe usted información clara y precisa acerca de los límites de su autoridad?
- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Nada | ☐ Poca | ☐ Bastante | ☐ Mucha |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
24. ¿Recibe usted información clara y precisa acerca de las promociones y ascensos que puede obtener?
- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Nada | ☐ Poca | ☐ Bastante | ☐ Mucha |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
25. En el transcurso de su vida laboral, ¿ha tenido que acudir a algún profesional de la salud por problemas de ansiedad, estrés o depresión?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 26a. En los últimos 12 meses, ¿ha solicitado alguna baja o ha ido al médico por problemas de ansiedad, estrés o depresión?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 26b. En los últimos 12 meses, ¿se le ha concedido alguna baja por problemas de ansiedad, estrés o depresión?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 27a. Actualmente, ¿está tomando alguna medicación por problemas de ansiedad, estrés o depresión?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 27b. Actualmente, ¿se encuentra de baja por problemas de ansiedad, estrés o depresión?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|
28. ¿Considera que su trabajo es estresante?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|
29. ¿En qué medida los siguientes factores constituyen fuentes de estrés en su trabajo?(valorar de 1 a 10, siendo 10 la máxima puntuación o máximo estrés y 1 la mínima puntuación o estrés)
- | | |
|--|---|
| Los horarios y turnos: | La relación con mi supervisor: |
| La gran cantidad de tareas que tengo que hacer: | El no obtener información sobre mi desempeño laboral: |
| El exceso de responsabilidad: | El exceso de burocracia: |
| El contacto continuo con enfermos: | La relación con los compañeros de trabajo: |
| La escasez de formación: | El servicio en el que me encuentro actualmente_ |
| La gran cantidad de pacientes a los que hay que atender: | Otras causas (especificar): |
| La relación con los familiares de los pacientes: | |
30. Señale si realiza las siguientes conductas:
- | | |
|---|--|
| ☐ Fumar más de 20 cigarrillos al día | ☐ Practicar deportes o ejercicio |
| ☐ Consumir sustancias | ☐ Destinar tiempo para el ocio |
| ☐ Dormir horas suficientes | ☐ Beber alcohol de manera abusiva |
| ☐ Realizar actividad física moderada (p.e. caminar rápido) | |

31. ¿Qué grado de satisfacción experimenta con su trabajo?

☐ Nada

☐ Poco

☐ Bastante

☐ Mucho

32. ¿Qué grado de satisfacción experimenta con el sistema de trabajo (p.e. turnos, horarios, tareas, tiempos) que actualmente tiene?

☐ Nada

☐ Poco

☐ Bastante

☐ Mucho

33. ¿Si pudiera, elegiría este trabajo otra vez?

☐ Nada

☐ Poco

☐ Bastante

☐ Mucho

34. ¿Si pudiera, trataría de buscar otro trabajo?

☐ Nada

☐ Poco

☐ Bastante

☐ Mucho

35. ¿Piensa que su desempeño profesional está adecuadamente remunerado?

☐ Nada

☐ Poco

☐ Bastante

☐ Mucho

36. Si tuviera que valorar su calidad de vida en una escala del 1 al 10 (siendo el 10 la máxima puntuación), ¿qué puntuación se daría? :

37. Si tuviera que valorar su calidad de vida laboral en una escala del 1 al 10, (siendo el 10 la máxima puntuación), ¿qué puntuación se daría?: